

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Programa de Doctorado: Doctorado en Humanidades y Ciencias Sociales

**LA TERCERA EDAD AVANZADA: AUTONOMÍA y DEPENDENCIA.
UNA CONCEPCIÓN BIO-PSICO-SOCIAL.
ESTRATEGIAS SOCIO-SANITARIAS PARA UNA INTERVENCIÓN**



DIRECTOR: DR. ANTONIO GORRI GOÑI
CODIRECTOR: FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ RUIZ
DOCTORANDA: MARÍA TERESA MONTES SAMPEDRO

AÑO: 2017

**LA TERCERA EDAD AVANZADA: AUTONOMÍA y DEPENDENCIA.
UNA CONCEPCIÓN BIO-PSICO-SOCIAL.
ESTRATEGIAS SOCIO-SANITARIAS PARA UNA INTERVENCIÓN**





A mi abuela que vivió una tercera edad avanzada (casi 100 años). Que fue autónoma hasta el último momento de su vida. La recuerdo haciendo todos los días la comida familiar. Sus guisos tenían un sabor especial. Ponía en todo lo que hacía, mucho cariño y dedicación. Nunca le faltó la sonrisa en sus labios y los brazos abiertos para acogerte. Desde que nos dejó, siento su ausencia todos los días de mi vida.

Poesía de José María Gabriel y Galán (1870-1905), nacido en Frades de la Sierra (Salamanca). Fue maestro, pero gran parte de tiempo vivió como labrador. Es llamado el poeta del campo castellano y de las virtudes de los labradores y pastores. Tiene algunas composiciones de carácter religioso y otras escritas en extremeño. Mi abuela sirvió en su casa cuando era jovencita y me contaba que era un hombre extraordinario y le trataba muy bien. Ella se sabía de memoria todas sus poesías. Y me las relataba muy a menudo hasta sus últimos días. En su memoria la añado a mi tesis.

He dormido esta noche en el monte
Con el niño que cuida mis vacas.
En el valle tendió para ambos
El rapaz su raquílica manta
¡y se quiso quitar – pobrecillo -!
Su blusilla y hacerme almohada!
Una noche solemne de junio,
Una noche de junio muy clara...
Los valles dormían,
Los búhos cantaban,
Sonaba un cencerro,
Rumiaban las vacas....
Y una luna de luz amorosa,
Presidiendo la atmósfera diáfana,
Inundaba los cielos tranquilos
De dulzura sedantes y cálidas.
¡Qué noches, qué noches!
¡Qué horas, qué auras!
¡Para hacerse de acero los cuerpos!
¡Para hacerse de oro las almas!
Pero el niño, ¡qué solo vivía!
¡Me daba una lástima
Recordar que en los campos desiertos
Tan solo pasaba
Las noches de junio,
Rutilantes, medrosas, calladas,
Y las húmedas noches de octubre,
Cuando el aire meneaba las ramas,
Y las noches del turbio febrero,
Tan negras, tan bravas,
Con lobos y cárabos,
Con vientos y aguas!...
¡Recordar que dormido pudieran
Pisarlo las vacas,
Morderle en los labios

Horrendas tarántula,
Matarlo los lobos,
Comerlo las águilas!...
¡Vaquerito mío!
¡Cuán amargo era el pan que te daba!
Yo tenía un hijo pequeño
-hijo de mi alma,
Que jamás te dejé, si tu madre
Sobre ti no tendía sus alas!-
¡Y si un hombre duro
Le vendiera las cosas tan caras!...
Pero ¿qué van a hablar mis amores,
Si el niño que cuida mis vacas
También tiene padres
Con tiernas entrañas?
He pasado con él esta noche
Y en las horas de más honda calma
Me habló la conciencia
Con duras palabras...
Y le dije que sí, que era horrible...
Que llorándolo el alma ya estaba.
El niño dormía
Cara al cielo con plácida calma;
La luz de la luna
Puro beso de madre le daba,
¡y el beso de padre
Se lo puso mi boca en su cara!
Y le dije con voz de cariño
Cuando vi clarear la mañana:
-¡Despierta, mi mozo,
Que ya viene el alba
Y hay que hacer una lumbre muy grande
Y un almuerzo muy rico!....!Levanta!
Tú te quedas luego
Guardando las vacas,
Y a la noche te vas y las dejas....
¡San Antonio bendito las guarda!
Y a tu madre, a la noche, le dices,
Que vaya a mi casa,
Porque ya eres grande
Y te quiero aumentar la soldad

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN GENERAL	14
1. INTRODUCCIÓN GENERAL.....	15
1.1. ACTUALIDAD Y RELEVANCIA DEL TEMA.....	15
1.2. OBJETIVOS.....	19
1.3. DISTRIBUCIÓN POR TEMAS Y CAPÍTULOS	21
1.4. AGRADECIMIENTOS	24
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO.....	26
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL: DIMENSIONES	34
1.1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA-MÉDICA	35
1.1.1. Clasificación según la Organización Mundial de la Salud.....	40
1.1.1.1. Anciano sano	42
1.1.1.2. Anciano enfermo	43
1.1.1.2.1. Anciano cardiópata.....	44
1.1.1.2.2. Caídas en el anciano	47
1.1.1.3. Anciano de alto riesgo o frágil	48
1.1.1.4. Anciano geriátrico.....	51
1.1.1.5. Persona mayor en situación de dependencia.....	51
1.1.1.5.1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	52
1.1.1.5.2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).....	52
1.1.1.6. Anciano en domicilio	53
1.1.1.6.1. Grupos de ancianos a atender	54
1.1.1.6.2. Factores de riesgo en las personas mayores	54
1.1.1.7. Anciano y el dolor	54
1.1.1.8. Anciano en situación de final de la vida	57
1.1.1.8.1. Cuidados paliativos.....	57
1.1.1.8.2. Modelo fásico de Kübler-Ross. Etapas del final de la vida.....	58
1.1.1.8.3. Necesidades psicológicas y espirituales	59
1.1.1.8.4. Agonía.....	60
1.1.1.8.5. Derechos de la persona en situación terminal	61
1.2. DIMENSIÓN PSICOLÓGICA.....	62
1.2.1. Psicología de la vejez	63
1.2.1.1. Teorías psicosociales de la vejez.....	64
1.2.2. Salud Mental.....	65
1.2.2.1. Causas de falta de salud mental	66
1.2.2.2. Factores de riesgo de salud mental: biológicos, psicológicos y sociales.....	66
1.2.3. Trastorno mental grave	67
1.2.3.1. Paciente con trastorno mental grave	67
1.2.3.2. Concepto de anormalidad	68
1.2.3.3. Términos afines en los trastornos mentales.....	68
1.2.4. Equipo de salud mental del área.....	68
1.2.4.1. Funciones de los equipos de Atención Primaria	69
1.2.4.2. Unidades ambulatorias.....	69

1.2.4.3 Hospitalización domiciliaria	70
1.2.4.4. Unidades intermedias.....	70
1.2.4.5. Hospital psiquiátrico	71
1.2.4.6. Coordinación – dirección y gestión de los servicios de salud mental	72
1.2.5. Introducción al sistema clasificatorio:	72
1.2.5.1. Utilidad de las clasificaciones:	72
1.2.5.2. Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (10ª revisión)	73
1.2.6. La ansiedad en las personas mayores	73
1.2.6.1. Escalas para medir la ansiedad:	75
1.2.6.2 Clases: Ansiedad normal y patológica	76
1.2.6.3. Tipos de ansiedad	76
1.2.7. La demencia en las personas mayores.....	77
1.2.7.1. Factores relacionados con la aparición de demencia	78
1.2.7.2. Las características de demencia	78
1.2.7.3. Clasificación de las demencias según la causa.....	78
1.2.7.4. Enfermedad de Alzheimer	80
1.2.7.5. Tests cognitivos realizados en las demencias en Atención Primaria	80
1.2.7.6. Test en Neurología.....	82
1.2.8. La depresión en las personas mayores	82
1.2.8.1. Factores de la depresión.....	83
1.2.8.2. Escala	84
1.3. DIMENSIÓN SOCIAL	86
1.3.1. Perspectiva social de la vejez	87
1.3.2. Apoyo social e intervención comunitaria.....	89
1.3.2.1. El apoyo informal en el esquema de producción de bienestar	91
1.3.2.2. El apoyo formal en nuestro país	93
1.3.2.2.1. La comunidad como fuente de apoyo social	93
1.3.2.2.2. Percepción de apoyo social en las relaciones íntimas y de confianza	94
1.3.2.2.3. Capacidad social	94
1.3.2.2.3.1. Valoración Clínica	95
1.3.2.2.3.2. Valoración Funcional	95
1.3.2.2.3.3. Valoración Mental	96
1.3.2.2.3.4. Valoración social.....	98
1.3.2.2.3.4.1. Escalas de valoración social.....	98
1. Escala OARS de recursos sociales	98
2. Escala de valoración socio familiar de Gijón	98
3. Escala de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)	99
4. Escala de Zarit	99
1.3.3. Dependencia	100
1.3.3.1. Determinantes de la dependencia.....	102
1.3.3.2. Grados de dependencia.....	103
1.3.3.3. Enfermedades predictoras de riesgo de dependencia	103
1.3.3.4. Variables sociodemográficas	103
1.3.3.5. Factores psicosociales o recursos internos que afectan al funcionamiento diario de las personas	105
1.3.3.6. Recursos económicos de la dependencia	105
1.3.3.6.1. Clases de recursos	106
1.3.3.6.2. El gasto en dependencia, servicios sociales y prestaciones monetarias	107

1.3.3.7. Libro Blanco sobre la dependencia.....	107
1.3.3.8. El Sistema Nacional de Dependencia en España tiene unos Principios Básicos:	108
1.3.4. El cuidador	109
1.3.4.1. Se evalúan los recursos del cuidador.....	110
1.3.4.2. El perfil.....	111
1.3.4.3. Pautas del cuidador	112
1.3.5. Formas de comunicarnos con la persona mayor	113
1.3.6. Declaración Universal de los derechos de los ancianos.....	118
CAPÍTULO 2. PERSPECTIVAS FILOSÓFICA, ANTROPOLÓGICA Y JURÍDICA SOBRE LOS ANCIANOS	119
2.1. PERSPECTIVA FILOSÓFICA	119
2.1.1. Cultura Griega	120
2.1.2. Cultura Romana	121
2.1.3. La Biblioteca de Alejandría.....	123
2.1.4. Los Árabes.....	123
2.1.5. Edad Media	123
2.1.6. Época Renacentista.....	124
2.1.7. Período Barroco hasta el siglo XX	125
2.1.8. María Zambrano	126
2.2. PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA.....	129
2.2.1. Hipótesis de la abuela	129
2.2.2. Teoría del soma.....	130
2.2.3. Los neandertales y los enterramientos.....	131
2.2.4. Egipto	131
2.2.5. Grecia	131
2.2.6. El Mundo Hebreo	132
2.2.7. Roma	132
2.2.8. Edad Media	132
2.2.9. Renacimiento al Mundo Contemporáneo	132
2.2.10. Últimos avances sobre envejecimiento	135
2.2.11. Modelo Bio-psico-social (1960).....	135
2.2.12. La muerte	136
2.2.12.1. La muerte a través de las culturas	138
2.2.12.2. La muerte en psicoterapia experimental, la obra de Yalon.....	139
2.2.12.3. Una muerte digna	144
2.2.13. Bioética para clínicos	146
2.3. PERSPECTIVA JURÍDICA	147
2.3.1. Marco normativo internacional	147
2.3.1.1. Estados Unidos	147
2.3.1.2. La Convención de la ONU	147
2.3.2. Marco Normativo Europeo: Comisión de las comunidades Europeas (2001)	147
2.3.3. Marco Normativo Nacional.....	148
2.3.3.1. La Ley 14/1986, de 25 de abril. Ley General de Sanidad	150
2.3.3.2. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia	151
2.3.3.2.1. Grados de dependencia que reconoce la Ley.....	152

2.3.3.2.2. Catálogo de la Ley de Dependencia.....	153
2.3.3.2.3. Tipo de prestaciones económicas vinculadas al servicio.....	153
2.3.3.2.4. ¿Qué tenemos que decir hoy, diez años después, sobre la Ley de Dependencia? ..	156
2.3.3.2.5. Código deontológico de los Trabajadores Sociales.....	160
2.3.4. Marco normativo en la Comunidad Foral de Navarra	162
2.3.4.1. Leyes	164
2.3.4.2. Decretos forales.....	165
2.3.4.3. Órdenes forales	165
CAPÍTULO 3. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD SOCIAL DONDE SE UBICA LA INVESTIGACIÓN: LA COMUNIDAD FORAL NAVARRA	167
3.1. LOCALIZACIÓN DE NAVARRA.....	168
3.2. HISTORIA DE LA COMUNIDAD FORAL NAVARRA	168
3.3. DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA DE NAVARRA.....	170
3.3.1. Natalidad.....	170
3.3.2. Mortalidad en Navarra.....	171
3.3.2.1. Registro de voluntades anticipadas	172
3.3.3. La esperanza de vida en Navarra	173
3.3.4. La esperanza libre de discapacidad en Navarra	175
3.3.5. Dependencia en Navarra	176
3.4. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD FORAL	181
3.4.1. Distribución de la población por número de habitantes	181
3.4.2. Tasa de Crecimiento anual.....	186
3.4.3. Distribución de la población por sexo	188
3.4.4. Distribución de la población por edad	190
3.4.4.1. La población de 80 y más años	191
3.4.5. Distribución de la población por nacionalidades	193
3.5. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD EN NAVARRA:.....	196
3.5.1. Determinantes sociodemográficos	196
3.5.1.1. Estructura de Población.....	196
3.5.1.2. Inmigraciones y emigraciones	196
3.5.1.3. Movimientos de la población	197
3.5.1.4. Proyección de población.....	197
3.5.2. Determinantes socioeconómicos.....	197
3.5.2.1. Nivel educativo	197
3.5.2.2. Vivienda	197
3.5.2.3. Producto interior bruto (PIB).....	198
3.5.2.4. Trabajo y condiciones laborales	199
3.5.2.5. Desigualdades.....	200
3.5.3. Determinantes medioambientales	202
3.5.3.1. Calidad del aire	202
3.5.3.2. Agua de consumo humano	202
3.5.3.3. Aguas residuales	202
3.5.3.4. Residuos sólidos urbanos e industriales	203
3.5.3.5. Seguridad alimentaria.....	203
3.5.3.6. Seguridad química	203

3.6. BIENESTAR SOCIAL EN NAVARRA EN RELACIÓN CON LA TERCERA EDAD	204
3.6.1. Equipo de Gobierno	204
3.6.2. Recursos sociosanitarios	205
3.6.3. Atención en el Domicilio	206
3.6.4. Instrumental/ayuda técnica.....	207
3.6.5. Institucional/asistencial	208
3.6.6. Personas beneficiarias y edad.....	208
3.7. PLANES DE SALUD EN NAVARRA.....	212
3.8. ESTILOS DE VIDA EN NAVARRA	213
3.9. DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD DE NAVARRA	214
3.9.1. Residencias de ancianos en la Comunidad Foral Navarra.....	218
3.9.2. Mapa: Zonificación de Centros de Salud de Navarra	221
3.10. CENTROS ELEGIDOS DE LA INVESTIGACIÓN	222
3.10.1. Barrio del Casco Viejo	223
3.10.1.1. Historia	223
3.10.1.2. Habitantes	223
3.10.2. Pueblo de Leiza. Zona vascófona.	225
3.10.2.1. Historia	225
3.10.2.2 Población	225
3.10.3. Zona de Sangüesa	227
3.10.3.1. Historia	227
3.10.3.2. Habitantes de Sangüesa de + de 70 años	227
3.10.4. Pueblo de Tudela	230
3.10.4.1. Historia	230
3.10.4.2. Habitantes de Tudela Oeste	230
3.10.5. Pueblo de Estella.....	232
3.10.5.1. Historia	232
3.10.5.2. Habitantes	232
3.10.6. Centro de salud de Buztintxuri.....	234
3.10.6.1. Historia	234
3.10.6.2. Habitantes	234
SEGUNDA PARTE: ANÁLISIS EMPÍRICO	237
CAPÍTULO 4. DIMENSIÓN METODOLÓGICA	238
4.1. OBJETIVOS	239
4.1.1. Objetivo general	239
4.1.2. Objetivos específicos	239
4.1.2.1. Objetivos biomédicos	239
4.1.2.2. Objetivo psicológico	240
4.2. HIPÓTESIS.....	241
4.2.1. Hipótesis general	241
4.2.2. Hipótesis específicas	241
4.3. POBLACIÓN	244
4.3.1. Población diana.....	244

4.3.2. Población mayor de 70 años.....	244
4.4. MUESTRA DE LOS SUJETOS Y PUEBLOS DE NUESTRO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	245
4.4.1. Pueblos de Navarra.....	246
4.4.2. Sujetos	246
4.5. VARIABLES.....	246
4.5.1. Estadísticos descriptivos en variables cuantitativas	247
4.5.2. Estadísticos descriptivos en variables cualitativas.....	248
4.5.3. Análisis de los gráficos	248
4.5.4. Coeficiente de correlación de Pearson	248
4.5.5. Pruebas de normalidad.....	249
4.5.6. Pruebas no paramétricas	249
4.5.7. Datos sociodemográficos.....	249
4.6. TÉCNICAS: CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS	250
4.6.1. Metodología cuantitativa	253
4.6.2. Metodología cualitativa	253
4.6.3. Instrumentos de medida.....	254
4.7. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	258
CAPÍTULO 5. DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	260
5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS	260
5.1.1. Obtención de datos	260
5.1.2. El procedimiento de recogida de información.....	260
5.1.2.1. El compromiso bioético	260
5.1.2.2. Protección de datos	260
5.1.2.3. Clasificación de los datos.....	260
5.1.2.4. Codificación de los datos	261
5.1.2.5. Destrucción de los datos.....	261
5.1.3. Datos propiamente dichos.....	261
5.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA INVESTIGACIÓN.....	263
5.3. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	265
5.3.1. Sujetos de nuestra investigación	265
5.3.2. Pueblos elegidos	265
5.3.3. Características de la capacidad funcional y cognitiva	266
5.3.3.1. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	266
5.3.3.2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	266
5.3.3.3. Características de la autonomía cognitiva	268
5.3.4. Edad	268
5.3.5. Reconversión de datos.....	269
5.3.5.1. Barthelcat	269
5.3.5.2. Lawtoncat	270
5.3.5.3. Minimentalcat	270
5.3.6. Correlaciones no paramétricas	271
5.3.7. Análisis descriptivo	272
5.3.8. Las pruebas de normalidad.....	273
5.3.9. Gráficos.....	273
5.3.9.1. Barthel	274

5.3.9.2. Lawton	276
5.3.9.3. Minimental	278
5.3.10. Descriptivo de sexo	280
5.3.11. Casos	283
5.3.12. Pueblos y tests	284
5.3.13. Descripción en los distintos pueblos y barrios de la investigación	285
5.3.14. P- Valor	296
5.3.14.1. Test: Sexo	297
5.3.14.2. Test por centros de salud y edad de nuestra investigación	297
TERCERA PARTE: PAUTAS DE INTERVENCIÓN	300
CAPÍTULO 6. PAUTAS DE INTERVENCIÓN	301
6.1. PAUTAS DE INTERVENCIÓN BIOMÉDICA	301
6.1.1. Estrategias para aumentar la autonomía	301
6.1.2. Formación	302
6.1.3. Prevenir es la mejor estrategia	303
6.2. PAUTAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA O CONGNITIVA	307
6.2.1. Programas de prevención de la enfermedad mental	311
6.2.2. Tipos de prevención	312
6.2.3. Educación para la Salud (EPS)	313
6.2.4. La investigación	314
6.3. PAUTAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y JURÍDICA	315
6.3.1. Taller dirigido a personas cuidadoras. Centro de salud Buztintxuri-Artica	320
6.3.2. Derechos de las personas cuidadoras	332
6.3.3. Charla a la población inmigrante	333
6.3.4. Estrategias de la prevención de la dependencia	336
6.3.5. Estrategias para el desarrollo del modelo de atención sanitaria navarra del Gobierno de Navarra	340
6.3.6. Estrategias nacionales: propuestas de la alianza científico-profesional para los partidos políticos (elecciones generales de 2015)	349
6.3.7. ¿A qué se destina cada euro recaudado por el conjunto de las administraciones públicas? ..	350
6.3.8. Estrategias según la OMS	350
6.3.9. Estrategia mundial	353
6.3.10. Congreso de la sociedad española de geriatría y gerontología 2016	353
6.3.11. Empoderamiento de las personas mayores	356
CUARTA PARTE: LIMITACIONES Y VÍAS COMPLEMENTARIAS A PARTIR DE LA INVESTIGACIÓN	359
CAPÍTULO 7. LIMITACIONES Y RETOS	360
7.1. LIMITACIONES	360
7.2. VÍAS ABIERTAS DERIVADAS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN	360
7.2.1. Instrumentos de valoración clínica de la capacidad funcional	361
7.2.2. Instrumentos de deterioro cognitivo	362
7.2.3. Instrumentos de apoyo sociales	362

7.2.4. Otros test que se utilizan para valorar la marcha y el equilibrio	362
--	-----

QUINTA PARTE: SÍNTESIS, CONCLUSIONES Y CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS363

1. SÍNTESIS	364
2. CONCLUSIONES	367
3. CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS.....	382
4. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	384

SEXTA PARTE: BIBLIOGRAFÍA.....390

SÉPTIMA PARTE: ANEXOS437

1. CUESTIONARIOS	439
1.1. Cuestionario de Barthel	439
1.2. Cuestionario de Lawton	440
1.3. Protocolos: Escalas de Barthel y Lawton	441
1.4. Cuestionario de Pfeiffer	442
1.5. Protocolo: Pfeiffer/Minimental	442
1.6. Escala de Pfeiffer y Minimental	443
1.7. Instrucciones de Minimental	444
1.8. Escala de Depresión de Yesavage	445
1.9. Escala de Palacios	446
1.10. Escala de Zarit	447
2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	449
3. LEY DE LA DEPENDENCIA: REFERENCIAS.....	452
4. PIRÁMIDES	455

INTRODUCCIÓN GENERAL

1. INTRODUCCIÓN GENERAL

La Tesis Doctoral que presento a continuación se ubica en la Universidad Pública de Navarra, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Departamento de Trabajo Social. Parto del supuesto de que el tema tratado -la Tercera Edad- es una cuestión de enorme actualidad y relevancia. Para desarrollar la investigación me he planteado una serie de Objetivos Generales y Específicos y he distribuido el trabajo en distintas Partes que recogen esencialmente la Fundamentación epistemológica y el correlativo Análisis Empírico. Desde aquí mi agradecimiento a la Universidad Pública de Navarra, a mi Director y Co-Director, así como al Gobierno de Navarra en sus distintas instancias del Departamento de Salud al que pertenezco.

1.1. ACTUALIDAD Y RELEVANCIA DEL TEMA

Es evidente que el tema de la Tercera Edad constituye una cuestión clave en la sociedad contemporánea -sociológicamente envejecida- tanto para las Instituciones como para los propios ciudadanos.

Con frecuencia se estudia la vejez con un enfoque biomédico, cuando lo que más repercute en la Tercera Edad son los aspectos psicosociales. **La persona es biopsicosocial**. No la podemos estudiar en parte, fragmentada, sino de una forma integral. Nuestra aportación va a ser tratar a estas personas mayores a partir de un nuevo paradigma, con dignidad y respeto.

Al comenzar esta investigación las cuestiones centrales que me planteo son las siguientes:

- ¿Está la sociedad preparada para envejecer?
- ¿Y nosotros, estamos preparados?
- ¿Estamos dispuestos a respetar la diversidad que supone envejecer?
- Debemos encontrar un marco socio-político en respuesta a la revolución de la longevidad. Hoy vivimos 30 años + que nuestros abuelos
- Debemos buscar estrategias para esta revolución

En la segunda mitad del siglo XX nos encontramos con un fenómeno único en la historia de la humanidad: **el envejecimiento**. Este fenómeno ya se venía gestando en el siglo XIX en países industrializados y desarrollados. Pero hoy es una constante en todos los países. Hemos conseguido alcanzar una esperanza de vida con los grandes avances científicos y epidemiológicos sin precedente.

Nos encontramos con una sociedad moderna demográficamente hablando con una baja natalidad y baja mortalidad, y con una expectativa de vida que nos dibuja un nuevo cuadro antes nunca visto. Si echamos la vista atrás, podemos ver que eran pocas las personas que llegaban a la ancianidad. Además eran venerados por su sabiduría y su experiencia de la vida

Nuestra investigación pretende estudiar las estrategias que debemos seguir ante las personas mayores de 65 y más años y sobre todo la Tercera Edad Avanzada (**+70 años**). Creemos que es un grupo de edad poco y mal estudiado, ya que sólo tenemos en cuenta parámetros médicos y nosotros pretendemos examinarlo desde el **aspecto biopsicosocial**. Y, sobre todo, intervenir con estrategias a todos los niveles: social, educativo, político y sanitario. Se trata de una intervención multidisciplinar.

Actualmente las personas mayores, son las menos afectadas por la crisis económica. Tienen su jubilación, han recogido a hijos de nuevo en casa para ayudarles; consiguiendo con ello recuperar de nuevo su rol perdido. Vuelven a ser útiles a través de una actividad abandonada. Son personas que han padecido guerras y calamidades y son ahorradoras. Tenemos mucho que aprender de ellos.

Pero la crisis económica repercute en las Ayudas de la Ley de Dependencia. Hoy por hoy, siguen siendo las familias las principales responsables de los mayores, y, sobre todo, **la mujer como cuidadora principal**. De ahí la obligación moral de hacer llegar nuestra investigación a aquellos que pueden modificar con su conducta la calidad de vida de la Tercera Edad: políticos, sociólogos, directores sanitarios, sociales, escuelas, empresas, etc.

También advertimos la importancia de que este grupo de personas sigan colaborando con la comunidad con sus iniciativas y aportando nuevas formas de vida, cuidando el entorno donde se desarrolla su vida. Tenemos que reconocer, que Navarra y, con ella, Pamplona, es uno de los lugares que más se preocupa del entorno ambiental con jardines, paseos definidos (paseos del EPOC, paseos sobre el río Arga), parques para hacer ejercicio físico, ayudas a asociaciones, clubs y grupos de minorías étnicas. A todos ellos, llegará nuestra investigación. Este es mi compromiso personal.

Mi trabajo va a consistir en ofrecer estrategias para que **estas personas sean lo más autónomas posibles** y vivan sus últimos años de vida con una calidad superior, ofreciéndoles todo nuestro apoyo y haciendo de las ciudades unos lugares dignos de vivir y, por qué no, de morir dignamente. Tenemos ante nosotros un gran reto: hacer que no se note mucho el relevo generacional, y seguir de cerca a nuestro vecinos los franceses que han hecho posibles con políticas que premian la natalidad y ayudan a que las personas mayores sean más autónomas y vivan el mayor tiempo posible en sus domicilios.

Nuestra investigación intentará aportar pautas para conseguirlo. Sabemos que en muchos estudios clínicos los ancianos son excluidos, por lo que los medicamentos pautados a éstos no están bien dosificados. En nuestra comunidad tenemos a un 42% de personas mayores de 75 años que toman más de 6 medicamentos seguidos (noviembre 2011). La morbilidad y la multimorbilidad van en aumento. Además, tenemos que contar con el **edadismo**, es decir, achacar todo a la edad. Más adelante iremos definiendo estos conceptos tan reiterados con las personas de edad avanzada.

No buscamos alcanzar el Edén ni volver al paraíso perdido, pero sí pretendemos que las personas mayores tengan una calidad de vida, unos ingresos dignos y una compañía familiar. Antes la **familia era nuclear**, convivían varias generaciones y los abuelos eran queridos y respetados. Hoy la soledad acompaña a muchos de nuestros mayores y los hijos no tienen tiempos de acompañarlos. Y, con ello, se pierden una riqueza cultural y afectiva.

Recorreremos las distintas concepciones sobre la vejez y nos daremos cuenta que hay que tenerlos en un lugar privilegiado, no sólo por nosotros, sino por la enseñanza que les damos a nuestros hijos. Se educa con el ejemplo y nada mejor que el cuidar de nuestros mayores ya estén sanos o enfermos, con enfermedades mentales y sin ellas, con apoyos sociales o sin ellos. Debemos ser sensibles y solidarios en todo momento con aquellos que antes nos han cuidado a nosotros.

Nuestra tesis quiere defender el proceso de “**envejecer en casa**” como alientan las políticas europeas, a la vez, que permite un ahorro al sistema de protección social dado que se trata de un servicio formal de menos coste frente a la hospitalización y la institución de las personas dependientes en una residencia (Defensor del pueblo, SEGG y Asociación Multidisciplinaria de Gerontología, 2000; Garcés, 2000; Rodríguez, 2000^a). Además debemos tener en cuenta el reparto equilibrado entre ayuda formal e informal en lo que se refiere a la mayoría de las familias españolas para la continuidad de sus cuidados (MTAS, 2005).

Nuestra prioridad en los cuidados a las personas dependientes va a estar centrados en el domicilio y en el entorno de las personas mayores. Y, sin olvidar, que ello conlleva la mayoría de las veces, una convivencia determinada por una relación de cuidados. La mayoría de ellos, son realizados por personas del sexo femenino, que pueden ser familiares o no. Y estos cuidados pueden llevar a sobrecarga psicofísica del cuidador (Crespo y López, 2007), la resiliencia en cuidadores familiares (Crespo y Fernández-Lansac, 2011) y el proceso de duelo, tanto en familiares como en cuidadores (Pascual y Santamaría, 2009).

A veces, chocamos con abusos y negligencias en personas mayores (Yuste, 2004). El envejecimiento debe ser concebido como una oportunidad para realizar aquellas cosas que nunca pudimos hacer por falta de tiempo y de medios necesarios y, nunca, como una carga ni para la familia ni para la sociedad. Somos conscientes de que las personas mayores serán el grupo de edad menos activa y sedentaria en muchas de nuestras ciudades y pueblos.

Estamos siendo testigos del aumento de números de personas mayores dependientes en Europa (OECD, 2007). En España se espera un incremento del 50% de personas mayores con dependencia llegando hasta 2,3 millones de personas (Causapié et al., 2011). A este respecto se están recomendando intervenciones ambientales y políticas en promoción de la salud en varios países. Y estamos contemplando que pronto nos encontraremos con una población europea, española y navarra envejecida.

La vieja Europa envejece y nosotros con ella. España es uno de los primeros países en que las personas mayores alcanzarán en el 2060 un 17% de la población. Pero nuestra investigación va a tratar, no sobre dependencia, sino sobre la autonomía de las personas mayores. Sobre cómo hacer que las personas mayores sean lo más autónomas posibles y el mayor tiempo posible. Y, las estrategias que encontremos, ayudarán a que nuestros mayores, los de nuestra Comunidad Foral, estén preparados para afrontar el reto que supone un envejeciendo activo. Por tanto no vamos a centrar el tema en la dependencia, sino en la autonomía.

Para ello, nada mejor que recordar **la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**, en su artículo 21, donde se establecen las bases para la prevención de las situaciones de dependencia: "...". Pero conviene insistir en que queremos dedicarnos a la prevención, no a la asistencia de la dependencia ya establecida.

Como sabemos, el fenómeno del envejecimiento de la población es en hecho transcendental en el plano social, ya que concierne a todos los niveles, tanto político, económico, social y sanitario. Afecta a toda la sociedad y a todos los ámbitos de la vida comunitaria. Para ello, serán necesarias políticas socio-sanitarias en las que prime la prevención en la atención a las personas mayores.

Sabemos que es la **enfermedad, y no la edad, la principal causa de dependencia**. Por lo que insistiremos en la prevención para que nuestras personas mayores, que son más vulnerables, no carezcan de medios para sobrellevar los años con la mayor autonomía posible. Como hace la OMS, insistiremos en medir la salud de las personas mayores en término de función, y más concretamente en términos de pérdida de función (OMS, 2001).

Partimos de que cuanto más nivel de salud, mayor autonomía funcional. De ahí que un objetivo prioritario sea el aumento de la vida libre de discapacidad (Abellán, 2004; Bueno, B y Navarro SB, 2004). Según el patrón de la población española en el 2003, las personas mayores de 65 y más años representan el 17% de la población total. Estábamos, ya entonces, por unos ocho millones de personas (7.276.620 personas).

De hecho España presenta uno de los mayores índices de envejecimiento. En el 2050 nos situaremos en el segundo lugar de mundo con un 35% de personas mayores de 65 años, es decir, en unos 13 millones. Nos encontramos detrás de Japón y delante de Italia, Eslovenia y Grecia. Pertenecemos al grupo de países más envejecidos del mundo y estamos en el grupo de un progresivo envejecimiento del envejecimiento. No podemos cerrar los ojos. Y el grupo de octogenario es el que más crece. Entre 1991 y 2003, en España este colectivo se incrementó un 53%.

Como indicamos supra nuestra investigación va a ir encaminada a mantener a las personas mayores en sus casas el mayor tiempo posible con los apoyos adecuados tanto formales como informales. Nos centraremos en el apoyo social y en las principales formas que lo incorporan. Ya que existe una clara imbricación entre las relaciones sociales, la salud y el bienestar.

A este respecto Durkheim estudió tanto las experiencias sociales negativas como la ruptura de vínculos sociales y el aislamiento social en patrones de mortalidad. También ha sido objeto de estudio para la Escuela de Chicago, en los años 20. Aquí trataremos los problemas que acarrea el estrés por la falta de apoyo social y las enfermedades mentales. La fortaleza de los apoyos sociales proporcionados por los grupos primarios más importantes del individuo, que favorecen la salud y el bienestar. Sin olvidar los apoyos sociales de la intervención social y comunitaria que rodean a las personas.

En este sentido Caro Baroja advertía: "La familia vasca de labradores no es conocida casi nunca por el apellido del padre, como en diversas partes de Europa, sino por el "nombre de la casa" en que vive". Todos sabemos, cómo en dicha casa convivían generaciones diversas: el matrimonio mayor: los abuelos, El matrimonio joven: los padre, las hijas solteras, algún pariente soltero, del primer matrimonio los criados, uno mayor y un chico. (Baroja, 1976).

No se trata de volver atrás, de regresar al estado de naturaleza como explicaba Rousseau, sino recoger la experiencia de las familias vasco-navarras en todos los pueblos y valles. El abuelo tiene una función distinta del hijo mayor, que es el que heredaba, pero siempre con un respeto y veneración a sus mayores. La casa es la unidad social. Un proverbio vasco-francés del siglo XVII, dice: *Herrik here legue, exek bere astura* = "cada país su propia ley, cada casa su costumbre". (Baroja, El árbol de la Ciencia, 1967)

El verdadero reto, no es otro que mantener la autonomía y la independencia a medida que se va envejeciendo. Ya que tal y como hemos advertido es la enfermedad y no la edad, la que nos lleva a la falta de autonomía y a la dependencia.

Hay factores que son modificables y que hemos de tener en cuenta (Documento de Consenso sobre prevención de fragilidad y caídas, consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2014). Debemos medir la salud de las personas mayores en términos de función y no de enfermedad. Pues es la función la que determina la expectativa de vida, la calidad de vida y los recursos o apoyos que necesita dichas personas. Manteniendo el nivel de función, permitimos que tengan el mayor grado de autonomía.

Para lo cual, nos fijaremos en el concepto de fragilidad, para detectarla y poder intervenir. Para ello, tenemos que actuar sobre el mayor factor de riesgo que hay en las personas mayores: la inactividad. Éste es el elemento nuclear en el desarrollo de la fragilidad. Para ello, debemos intervenir en actividades físicas que retrasen la fragilidad y la discapacidad e, incluso, la reviertan.

Con la actividad física mejorará el estado cardiovascular, la resistencia a la insulina, el deterioro musculo-esquelético, el deterioro cognitivo y la depresión. Lo importante es hacerlo, ya sea individual o grupal. En grupo la actividad física tiene mayor eficacia. Esto hace, además, que las personas mayores se relacionen y fomenten el bienestar emocional. Incluso, aconseja Hans Voig, que en la vejez conviene enamorarse; hace bien a la salud y actúa contra la depresión.

Nuestra Comunidad Foral de Navarra cuenta en sus barrios y pueblos con una gran cantidad de paseos y parques, donde se puede practicar cualquier actividad física. También, los Centros de Salud realizan periódicamente talleres de actividad física, de prevención de caídas, de estrés, de cuidadoras, etc. Todo ello favorece la actividad, la relación y la satisfacción de ser personas con actitudes positivas y con ganas de trabajar en las ciudades y en los pueblos en los que viven.

1.2. OBJETIVOS

Vamos a diferenciar entre objetivos generales y específicos. Los objetivos generales tratarán la autonomía de la tercera edad avanzada en nuestra Comunidad Foral Navarra. En los específicos nos iremos deteniendo en las dimensiones que articulan la fundamentación teórica: biológica-médica, psicológica, social y jurídica. Ya que el ser humano es una persona integral y todo aquello que le sucede lo vive de una manera global e integrada en su vida.

Estos objetivos, veremos, que se interrelacionan unos con otros, ya que la persona es la que siente, ama y sufre. No nos fijaremos sólo en aspectos parciales, si sufre de la cadera o la persona mayor sufre depresión, pues no son objetivos separables de la totalidad. Tampoco son objetivos superpuestos o sumados. Ya que la suma de las partes es más que las partes en sí. Y queremos cumplir los objetivos enumerados para que las personas mayores permanezcan en sus domicilios el mayor tiempo posible con sus funciones y habilidades y con sus familiares y en su entorno cotidiano.

La autonomía de estas personas es el eje central de esta investigación. No nos fijaremos tanto en la dependencia, sino en lo que hace que las personas mayores sean autónomas y conscientes de su valor dentro de nuestra sociedad. Ya que son miembros activos de ella. El estudio se va a realizar según las Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional sobre Armonización (ICH) y la Declaración de Helsinki. Además de la aprobación del Comité de Ética.

Veamos con más detalle los objetivos que me he propuesto y que luego analizaremos en la II parte, parte empírica.

1.2.1. General

Objetivo 1. Conocer el perfil de las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra, de los pueblos que hemos elegido para el proyecto de investigación, con los criterios de selección

1.2.2. Objetivos específicos

Objetivo 2. Conocer la situación de las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presenta una autonomía en ABVD para permanecer en sus domicilio. Aquí pasamos a dichas personas el cuestionario o test de Barthel.

Objetivo 3. Identificar a las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presenta una autonomía en AIVD para permanecer en sus domicilio. Estas personas son analizadas con el test de Lawton.

Objetivo 4. Examinar a las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presentan una autonomía en salud mental para permanecer en sus domicilio, siempre controladas por los servicios de salud mental de zona para subsanar cualquier deterioro cognitivo. Aquí vamos a utilizar el Minimental de Lobo que está validado en España.

Objetivo 5. Determinar la correlación que existe entre la autonomía en AVD y mental en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación

Aquí pretendemos ver la correlación que hay entre autonomía funcional y cognitiva frente a la dependencia funcional y cognitiva, que van de la mano. Para ello, correlacionamos los tres cuestionarios que se les hace: Barthel, Lawton y Minimental y vemos la imbricación en actividades de la vida diaria, ya sean ABVD o AIVD con la salud mental de las personas de nuestro proyecto de investigación.

Objetivo 6. Comparar la autonomía funcional y cognitiva por sexo en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación

Objetivo 7. Analizar la autonomía de las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación por los distintos pueblos elegidos de Navarra.

Objetivo 8. Comparar la autonomía de la edad por sexo en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación, tanto AVD como mentales.

Objetivo 9. Examinar la autonomía de la edad por pueblos en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación, tanto AVD como mentales

1.3. DISTRIBUCIÓN POR TEMAS Y CAPÍTULOS

Para contextualizar este trabajo de investigación, he creído conveniente realizar una introducción general hablando primeramente de la actualidad y relevancia del tema, pues creo que es un tema de una gran actualidad y t relevancia, tanto para los profesionales que tratamos a las personas mayores como para la sociedad en que viven. He separado los apartados en apartados, temas y capítulos y subcapítulos y, termino, con los agradecimientos a las personas que han hecho posibles esta tesis.

I. Parte de fundamentación teórica en la que podemos ver, en **el capítulo 1**, las dimensiones en las que vamos a intervenir. Estas dimensiones quieren abarcar la totalidad de lo que es la persona de edad avanzada. La primera y, no por ello la más importante, es la dimensión biológica-médica, pues somos conscientes de que nuestro organismo se debilita con la edad y va sufriendo cambios y modificando su estructura.

Pero no nos fijaremos tanto en lo que nos deteriora, sino en aquello que nos puede hacer más independiente, más libres y como tal, más persona. Aquí, siguiendo a la OMS hemos definido primeramente lo que es el anciano sano. Pues es la OMS la que define lo que es la salud: “La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.

Luego nos hemos detenido en el anciano enfermo y en algunas enfermedades más comunes como las cardiovasculares y las caídas en el anciano por las repercusiones que tienen en las actividades de la vida diaria. Más tarde hemos definido al anciano de alto riesgo o frágil y, terminamos con el anciano en situación de dependencia. La segunda y, muy importante, es la dimensión psicológica.

Realizo una introducción sobre las enfermedades mentales y sus clasificaciones y luego me centro más en las definiciones de ansiedad, demencia, depresión en las personas mayores. La psicología forma parte de nuestra vida y es importante para detectar a tiempo cualquier anomalía que sucede a las personas y poner el mayor énfasis en atajarla o eliminarla. La tercera es la dimensión social.

Aquí nos fijaremos en los apoyos tantos formales como informales para ver como conviven las personas mayores con la realidad de los cuidados. Nos detendremos en la comunidad como fuente de apoyo social. Estudiaremos la dependencia dentro de las valoraciones de la capacidad funcional con los índices que más tarde aplicaremos en los test que queremos hacerles a las personas mayores y que son: Barthel, Lawton y Brody y Minimental.

Veremos los determinantes de la dependencia. Los recursos económicos que contamos, el gasto público en protección. Revisaremos el libro blanco de la dependencia.. Aquí termino con los derechos de los ancianos. Hablaremos del cuidador y sus derechos, de sus perfil (casi siempre, mujer), de sus pautas, sus problemas y cómo ha influido en sus vidas en tener que cuidar a un familiar o persona dependiente. También de la importancia de saber comunicarnos con las personas mayores.

En el capítulo 2, he creído conveniente añadir una perspectiva histórica desde la filosofía y la antropología social. El hombre desde los albores de la humanidad, vive en sociedad, por ello, no podríamos tratar a las personas mayores, si no las incluimos dentro de la sociedad en que

viven. Esta sociedad va a ser analizada desde una vertiente filosófica, antropológica y social. También desde la perspectiva de la psicoterapia Humanista y jurídica.

Las personas mayores viven dentro de una realidad social y con una cultura específica. Actualmente se valora más la eficacia de las personas que su aportación a la sociedad como memoria histórica del tiempo que vivieron. Queremos estudiar la vejez a lo largo de la historia en clave filosófica y antropológica, ya que son también parte de mi bagaje intelectual. Y considero, que es una formación que hace a la persona más libre y humana. Que le aporta una dimensión especial para llegar al otro, al próximo, al que tenemos al lado con un valor especial.

Y, la última de estas perspectivas, y, no la menos importante, ya que el Estado es el que legisla para que estas personas puedan estar protegidas y cuidadas como algo especial. Y, sin ella, no podríamos mejorar las condiciones de vida de las mayores. Aquí vamos a recorrer un camino desde la perspectiva Internacional, pasando por la Europea y Española y llegando a nuestra comunidad Foral Navarra. No se trata de hacerlo de forma exhaustiva. Tan solo daremos unas pinceladas sobre las leyes, tanto sanitarias como sociales que nos interesan.

En el capítulo 3, hacemos una descripción de la realidad social en el que vamos a desarrollar la investigación, que es la Comunidad Foral Navarra, representada en varios de sus pueblos que la vertebran. Los pueblos que hemos elegido para nuestra investigación son: Pamplona: Casco Viejo y Buztintxuri, Estella, Leiza, Sangüesa y Tudela. Aquí tomamos una muestra representativa de Navarra, ya que sus pueblos nos dan una imagen de lo que es la identidad de Navarra en España y en el mundo entero.

Aquí nos interesan las cifras, ya sean de natalidad como de mortalidad, la esperanza de vida, la esperanza de vida libre de discapacidad, la dependencia en nuestra comunidad, la distribución de la población por crecimiento anual de la población y ésta separada por sexo, edad, la población por nacionalidad de los extranjeros en nuestra comunidad, los servicios sociales, el departamento de Bienestar social, las residencias de ancianos, tanto públicas como privadas.

Nos detendremos en los pueblos elegidos, junto a sus Centros de Salud: Casco Viejo, Buztintxuri, Leiza, Sangüesa, Estella y Tudela. Miramos el mapa para ver la zonificación sanitaria de Navarra y los centros de salud que la componen. Navarra es una de las comunidades donde más se vive, por ello, nos pararemos en los factores que determinan esta privilegiada salud de nuestros mayores. También he creído importante detenerme en los planes de salud que ha dispuesto en este segundo milenio Navarra.

II. Parte: Análisis empírico. En él nos dedicamos a la parte empírica. En **el capítulo 4** el planteamiento metodológico nos lleva a plantear los objetivos, tanto generales como específicos. Éstos los fijaremos en las dimensiones que nos planteamos en la fundamentación teórica: biomédicos, psicológicos y sociales. Al seleccionar las hipótesis de nuestra investigación, nos detendremos en la general. “Es posible detener el deterioro funcional y cognitivo de nuestros mayores y con ello mejorar las relaciones sociales”. Nos fijaremos algunas hipótesis desde las perspectivas biomédicas, psicológicas y sociales, eligiendo la muestra representativa de nuestra comunidad.

Introduciremos las variables que queremos medir tanto poblacional como muestral. Estas variables serán de sexo, edad y lugar de residencia. En todo momento se desarrolla el proceso de investigación y analizaremos las técnicas utilizadas, tanto cuantitativas como cualitativas.

Seguidamente analizaremos los datos en el **Capítulo 5**, daremos información de cómo hemos recogido esos datos.

En todo momento se mantendrá una estricta confidencialidad, conforme a las leyes vigentes sobre privacidad personal y otros aspectos relativos al procesamiento de datos personales. Aquí aportaremos los datos propiamente dichos y veremos los resultados obtenidos, y cómo los utilizamos para llegar a nuestras conclusiones e hipótesis. Expondremos las correspondientes representaciones gráficas.

III. Parte. Nuestra investigación habla de intervención. No queremos sólo dar datos estadísticos sino datos que nos ayuden a intervenir en la mejora de nuestras acciones con relación a las personas de edad avanzada de nuestra Comunidad Foral Navarra. Por ello, esta parte incluye pautas de intervención. Nuestra intervención en el **capítulo 6**, se desarrollará en las tres dimensiones que hemos analizado en el marco teórico: biológica-médica, psicológica, social y, dentro de ésta, la del régimen jurídico. Un pauta muy importante es la formación de los profesionales y la investigación.

IV. Parte: Limitaciones y vías complementarias a partir de la investigación. como no podía ser menos, chocamos con limitaciones en nuestra investigación que veremos en el **Capítulo 7**. Pero ellas nos abren nuevas vías de investigación para futuros investigadores ya que habrá otros que continúen el camino comenzado con mi pequeña aportación al conocimiento de este tema.

V. Parte: Síntesis, conclusión y confirmación de hipótesis. A las que hemos llegado tras nuestra investigación y con los datos que hemos obtenidos en el capítulo 5 de nuestra parte empírica. Unas conclusiones muy interesantes e importantes.

VI. Parte: Documentación bibliográfica. No podríamos acabar esta investigación sin la aportación de documentación bibliográfica, que no pretende ser exhaustiva. He creído conveniente añadir la principal y la secundaria conjuntamente, ya que son muchos los que nos preocupamos de mejorar y estudiar cómo hacer la vida más agradable y fácil a nuestros mayores.

VII. Parte: Anexos. He creído conveniente añadir varios anexos que expliquen mejor el tema investigado. Entre ellos he incluido: Los test realizados, mapas de la Comunidad Foral, escalas, test restantes, cuestionarios realizados, pirámides de población y gráficos.

1.4. AGRADECIMIENTOS

- A la Universidad Pública de Navarra, que me ha ofrecido las infraestructuras necesarias para poder desarrollar mi trabajo en condiciones óptimas.
- A mi Director de Tesis, el Dr. Antonio Gorri Goñi, por su dedicación y orientación continua en las distintas fases de la elaboración doctoral. Sin su ayuda y apoyos constantes no hubiera sido posible la superación de numerosas dificultades halladas a lo largo del proceso investigador.
- A mi Codirector, el Dr. Francisco Javier Blázquez Ruiz, por su inestimable apoyo personal y por sus puntualizaciones filosóficas y humanistas.
- Quiero agradecer al Gobierno de Navarra en Atención Primaria, en el Departamento de Investigación y en la persona del Sr. Javier Baquedano Arriazu, coordinador de Investigación en Atención Primaria, en el Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial en la Gerencia de Atención Primaria, por su valiosa aportación a esta investigación.
- Agradecer al Centro de Investigación Biomédica de Navarra BioMed, Unidad de Metodología, en la persona de Berta Ibáñez Beroiz, por su gran ayuda en la metodología y en el programa de SPSS-20 utilizado por el Gobierno de Navarra para los resultados de esta investigación. Su ayuda y paciencia han sido para mí muy valiosas.
- Al Complejo Hospitalario de Navarra, en la sección de geriatría, al Dr. Nicolás Martínez, por sus ánimos a seguir investigando en la Tercera Edad y a no desfallecer a las primeras negativas que me surgieron al comenzar esta tesis. También por su aportación al tema que presentó en el Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología 2016 en Sevilla: las demencias. Con un caso práctico y muy bien desarrollado y muy aplaudido
- A los directores médicos, enfermeros y trabajadores sociales de los Centros de Salud de Navarra área de Estella, Casco Viejo, Sangüesa, Leitza, Tudela Oeste y Buztintxuri. Sin su trabajo diario y sus datos, esta investigación no hubiese sido posible.
- A la Clínica San Juan de Dios de Pamplona, en la persona del Dr. Claudio Calvo Espinós, por su aportación a esta tesis en la parte dedicada a Cuidados Paliativos y el final de la vida. Y por su gran entrega a acompañar cuando ya no es posible curar.
- Un agradecimiento especial a la trabajadora social del Centro de Salud de Buztintxuri, Sara Adda Fernández, por sus aportaciones a esta investigación, con los talleres de cuidadoras, Educación a la población tan especial que desarrollan en dicho centro.
- Al Centro de Crecimiento Personal: “Sendabide” por la Formación en Psicoterapia Humanista, 11ª Promoción (2015-2017), a la que pertenezco y en especial, a Iosu Cabodevilla Eraso, por sus aportaciones de psicoterapia, de cuidados paliativos y de muerte digna, en la investigación que estoy llevando a cabo. Ha sido una ayuda inestimable en mi formación personal y en mi forma de encontrarme con los otros y de poder ayudar mejor a los otros y a mí misma.
- Al psicólogo del Centro de Salud Mental de Buztintxuri, Dr. José Luis Eslava, por su preocupación por la salud mental y por pedirme ayuda para la charla que dimos

conjuntamente a la población inmigrante en el ayuntamiento de Berriozar sobre el Síndrome de Ulises.

- A mi compañera de enfermería, M^a Ángeles Egea Beorlegui, por su aportación en los talleres de ansiedad y estrés dados a la población de Buztintxuri en EPS.
- A la trabajadora del Centro de Salud de Berriozar, Da Rosario Osinaga Cenoz, por su constante ayuda en la elaboración de esta investigación desde el principio y por su preocupación constante por las personas mayores.
- A la Dra. Socorro Lizarraga Manso del Centro de Salud de Berriozar por su aportación a esta investigación con los talleres sobre la muerte y muerte digna.
- A la enfermera Begoña Viejo Hernández, del equipo de Atención Primaria a la que pertenece el Centro de Salud de Buztintxuri y Berriozar, por animarme a investigar y apoyarme en las actividades formativas para trabajar mejor por las personas a nuestro cuidado y, sobre todo, por las personas mayores.
- A la jefa de Servicios de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial, D^a María Ángeles Nuin Villanueva, por aceptarme en los diversos cursos y talleres de formación continuada para profesionales de la salud del Gobierno de Navarra.
- Al servicio del Gobierno de Navarra de Voluntades Anticipadas por su aportación a esta investigación.
- Al Director General de IDEA, Innovación y Desarrollo Asistencial, en la persona de D^o Rafael Sánchez-Ostiz Gutiérrez, por su valiosa información de las Residencias de Mayores en Navarra.
- A mi amigo Hipólito Rico Aldave, por sus constantes correcciones de mi trabajo de investigación y por sus ánimos.
- Y, cómo no, a mi abuela, que me enseñó tantas cosas que no he aprendido en los libros y me hizo comprender, que hay valores que se aprenden desde la cuna y en contacto con los seres queridos, sobre todo, los abuelos/as, que nos dan su cariño y toda su experiencia para que avancemos mejor en la vida.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

I. MARCO TEÓRICO

Envejecer en sus casas, sus barrios, sus pueblos y entornos, es el motivo que me lleva a emprender esta investigación. Todo esto, también desde una dimensión jurídica, teniendo pendiente la legislación, tanto, en el mundo, como en Europa, España y en la Comunidad Foral. Esta primera parte propedéutica nos permite situarnos en el tema que queremos tratar e investigar, y nos ayuda a comprender la importancia que tiene para nuestra sociedad y Comunidad Foral.

Los mayores son nuestra memoria, nuestro tesoro más preciado y deberíamos tenerlos en el lugar que se merecen. Hemos pasado de la familia extensa, en la que vivían varias generaciones juntas en un mismo entorno familiar a la nuclear, en la que vive sólo la pareja con sus hijos y también a la monoparental. Las sociedades cambian pero lo esencial debemos cuidarlo y mantenerlo. Y, nada hay tan importante en estos momentos como nuestros mayores, aquellos que nos han dejado sus legados y sus logros para que nosotros sigamos sus huellas.

Designamos “viejos” a las personas mayores de 65 años. Esto comienza en Alemania en 1880 cuando Otto Von Bismarck designó los 65 años como la edad de inicio para disfrutar de ciertos subsidios sociales. Entre el año 2000 y 2021 aumentará la edad de jubilación a los 67 años. Los cambios evolutivos psicológicos y biológicos no se producen de forma repentina, sino gradual. Pero en todas las personas no los notamos por igual. Hay una gran variabilidad. Como sabemos, esta variabilidad aumenta sobre todo en el rendimiento cognitivo (Guía de psiquiatría geriátrica, 1999).

Tal vez, esta investigación ayude a hacer partícipe de nuestra vida a nuestros mayores y a enriquecernos con su presencia y sus experiencias. Entendemos que tener a nuestros mayores con nosotros conlleva muchas dificultades, pero si sabemos valorarlos en nuestra casa, nuestros hijos recogerán algo que no está escrito en los libros, pero que es lo que más pedagógico: el ejemplo. Algo que se escribe con letras que no se pueden borrar.

Pirámides poblacionales del mundo:

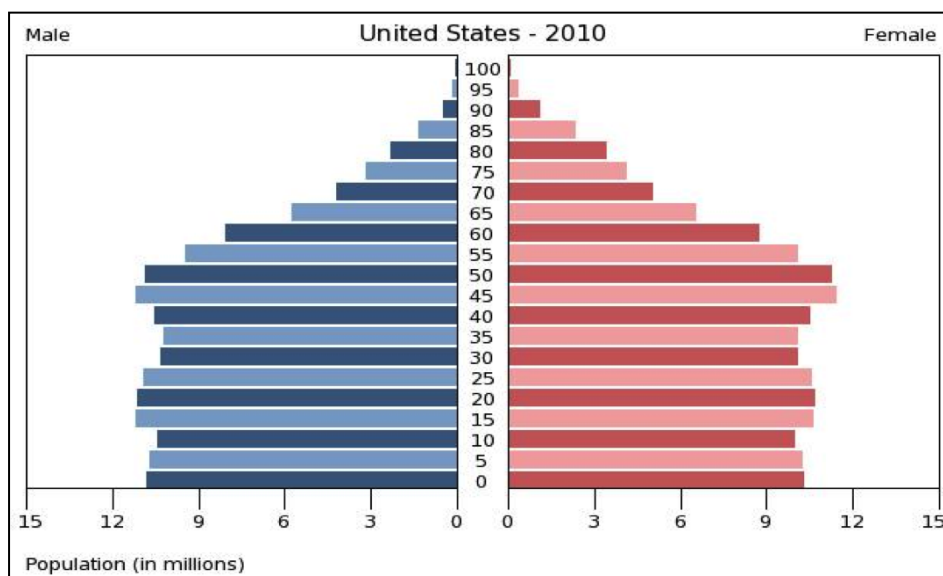


*Pirámides de Población por Continentes. 1970-2014.
Aumento del envejecimiento*

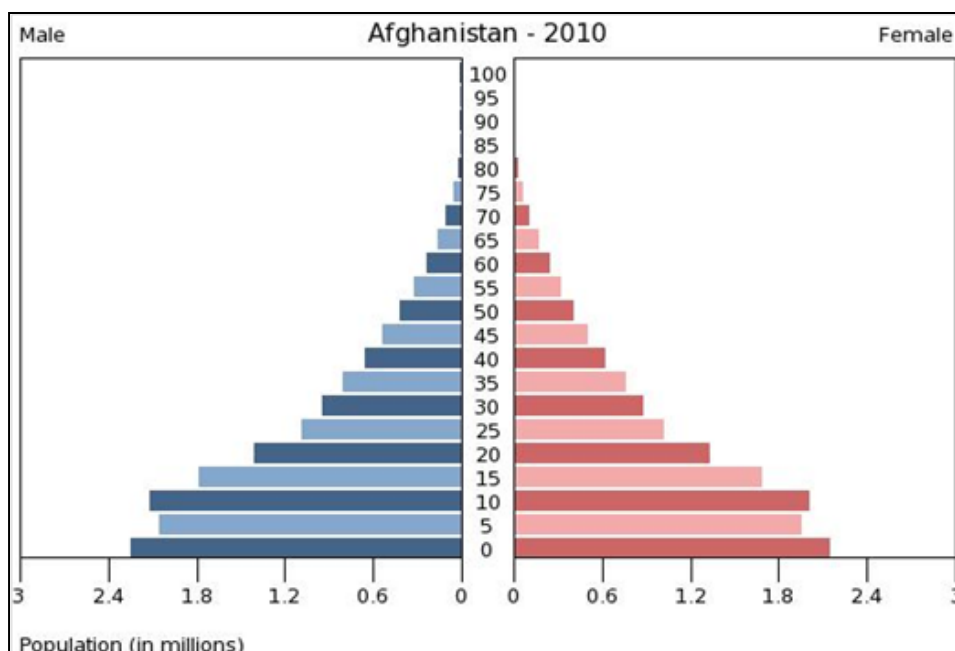
La población mayor de 65 y más años de edad en diversos puntos de la geografía mundial:

1. **Estados Unidos** en el 2030 la población mayor de 65 años se duplicará a 71,5 millones. (Federal Interagency Forum on Aging 2008). Esto conlleva inexorablemente problemas de salud y de costos. Pues nunca en la historia de la humanidad, las personas mayores habían alcanzado esta cantidad de años. Esto es debido a los avances de la medicina, lo que hace que se acelere la longevidad de las personas mayores.

Según Naciones Unidas, la población mayor pasará de 350 millones en el año 1975 a 1.100 millones en el 2025. Nunca este grupo de población había adquirido estos porcentajes. En el 2025 el 13,7% de la población de los países de Naciones Unidas estarán en este intervalo de edad. Este grupo de edad, que antes tenía tan cerca la muerte, ahora se prolonga unos 25 años o más, es decir, una cuarta parte de la vida de las personas.

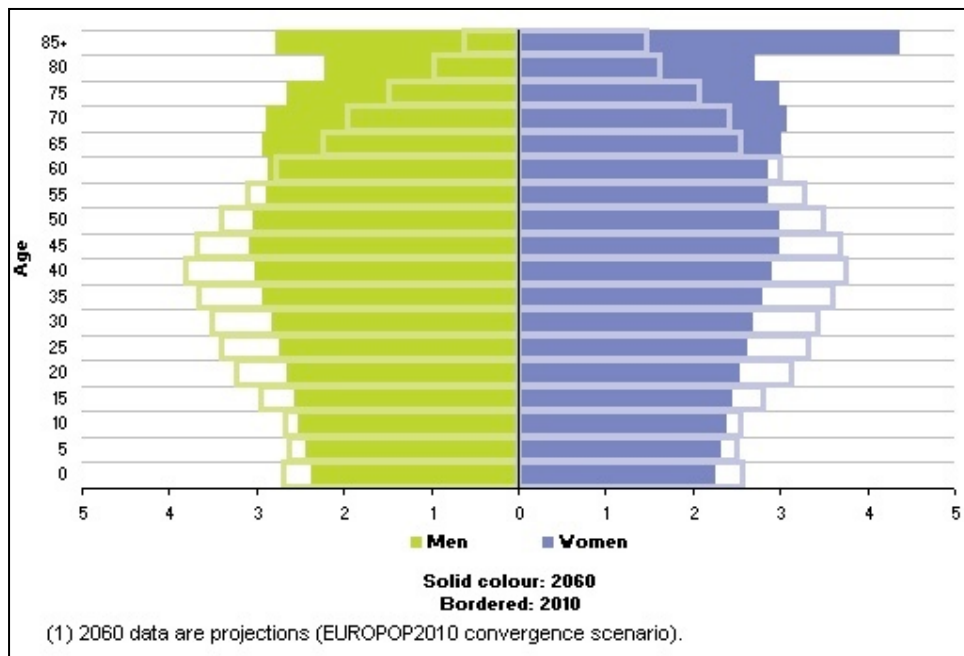


Comparémosla con **Afganistán** 2010. Vemos que aquí hay una población muy joven y pocos ancianos, y, además, éstos son venerados por su sabiduría.



Desde los 80, **Naciones Unidas**, está pidiendo un cambio en la sociedad. Pero las dificultades que éstas tienen para “anticiparse a la sociedad” son infinitas. Por ello, Naciones Unidas acuñó la expresión *sociedades para todas las edades*” intentando conjugar maneras posibles de desarrollo económico y el envejecimiento demográfico (Sánchez, 2007; p.9). Pero las sociedades aún no se han adaptado a este problema y no tiene una respuesta a las demandas que ocasionan dicho grupo de edad. Estas personas mayores de 65 y más años son el grupo de población, que como ya hemos comentado, menos estudio, pero a la vez, mal estudiado, pues sólo lo vemos desde el punto médico y desde el punto de los costes sanitarios y farmacéuticos. No estamos preparados ni local ni mundialmente para esta avalancha de personas mayores que nos viene. Menos recaudación de impuestos y más gastos → Gran crisis fiscal.

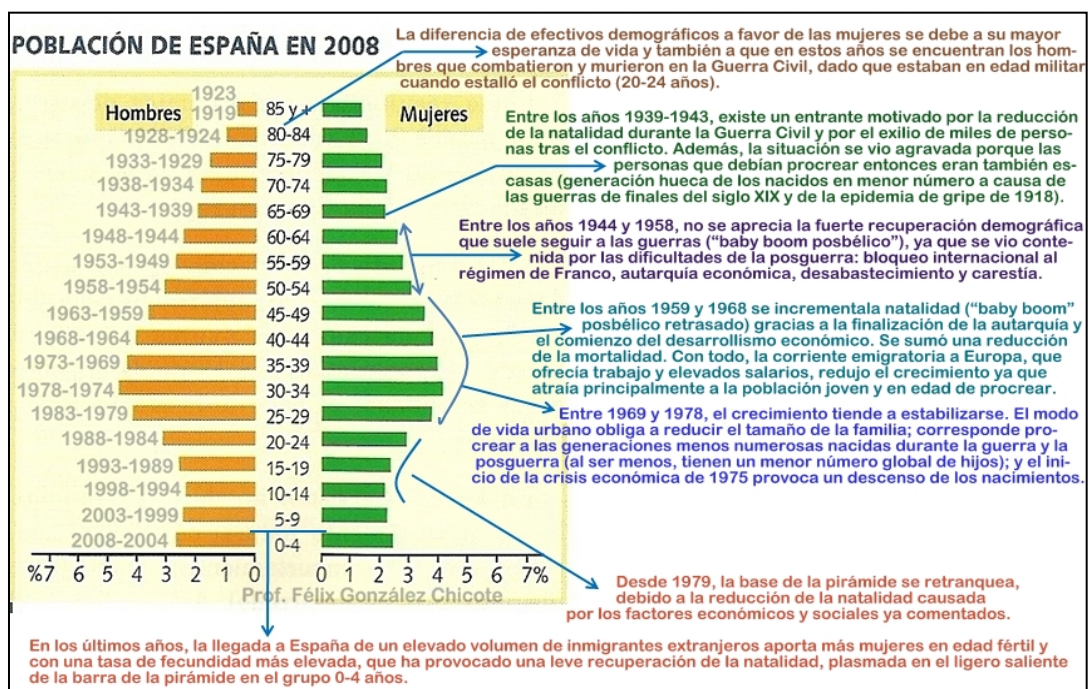
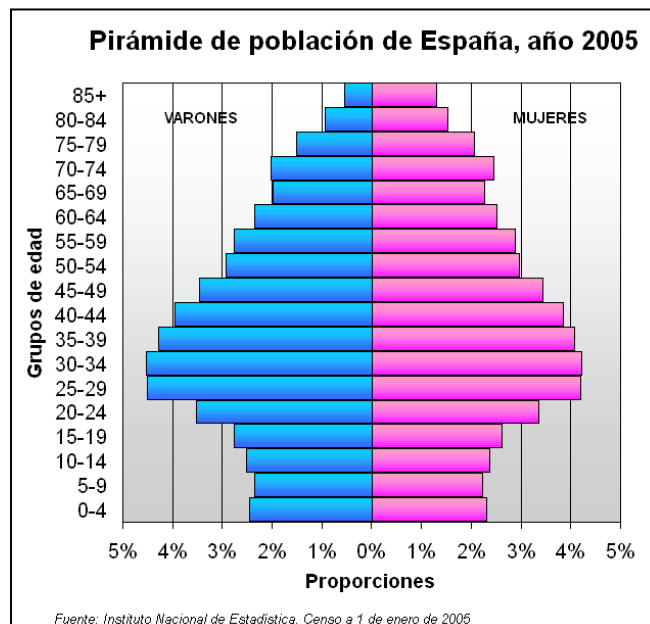
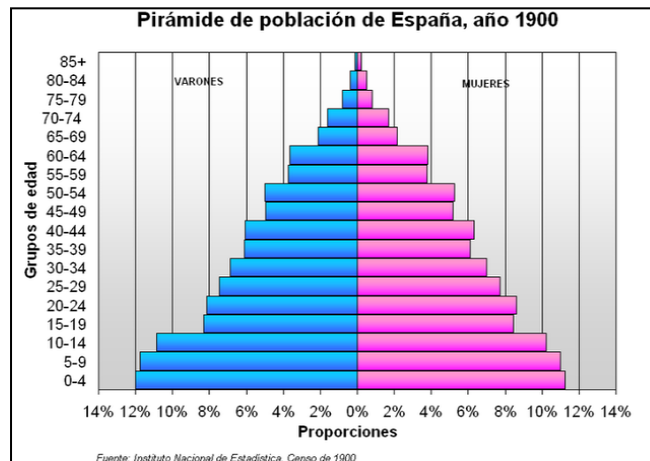
2. **Europa**, según EUROPOP 2008, establece que la esperanza de vida al nacer seguirá incrementándose hasta los 84,5 años para varones y 89 para mujeres en el año 2060 (Eurostat, 2010).



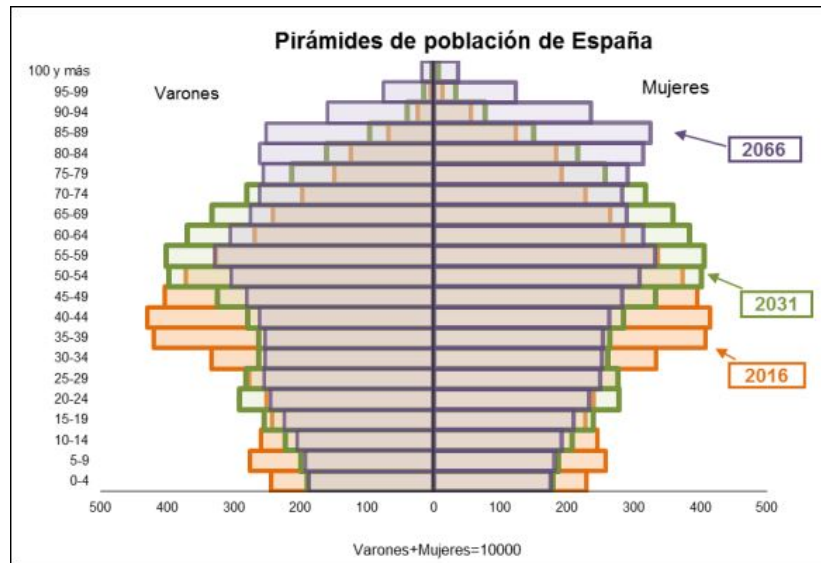
Como es sabido, el grupo de 80 y más años va a triplicarse en los próximos 30 años (Eurostat, 2012^a). Pasaran de 4% en población europea y 5% población española a un 12% en Europa y a un 14% en España para el año 2060. La tasa de fecundidad ha ido disminuyendo en los países europeos desde 1960 hasta niveles lejos de la tasa ideal de fecundidad para mantener la población constante que se sitúa en 2,1 nacimientos requeridos por mujer para mantener la población constante sin considerar migraciones (Eurostat, 2012d).

3. **España** está siendo testigos de un envejecimiento masivo de la población (Cherbov y Mamolo, 2006). En España se espera un incremento del 50% de personas mayores con dependencia hasta los 2,3 millones de personas de todos los grados de dependencia (Causapié et al.) El ratio de dependencia se duplicará de 0,25 en 2006 a 0,50 en 2050. Lo que nos da, que en 2050 más de uno de cada 8 ciudadanos europeos estará por encima de los 80 años. La esperanza de vida libre de discapacidad al nacer se estima en 63,8 años para varones y en 63,3 años para mujeres (European comisión, 2011a), ligeramente superior a la europea. En el 2011, en España, un 15,00 % reconocía tener a alguna limitación. En las personas de 85 y más años, las limitaciones percibidas son suaves para el 42,60% y severas para el 23,80 % (Eurostat, 2013b).

Observemos cómo han ido cambiando las pirámides en España:

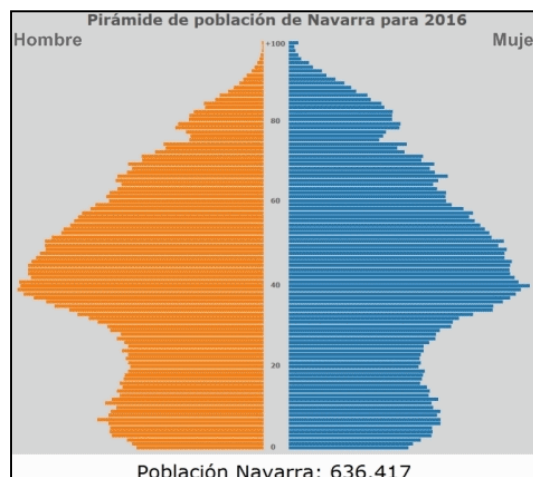


En España, el Estado deberá responder a las necesidades de sus sistemas sociales y sanitarios. Con la promulgación de la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, promoción de la autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD), en 2007 se regularon en nuestro país los servicios sociales y las condiciones básicas que garantizan la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. La tarea más elemental de esta Ley es la capacidad de las personas para desenvolverse en la ABVD. Por ello, el creciente número de personas mayores y/o dependientes conlleva un incremento del gasto público tanto en los servicios sociales y sanitarios a nivel estatal y autonómico.



Pirámide de futuro en España

4. **Navarra.** La Comunidad Foral se ha incrementado en un 27,7% los pacientes crónicos de los últimos 30 años, aunque estamos por debajo del conjunto del estado que se sitúa en 28%. Pero las personas mayores de 65 y más años ha aumentado en Navarra en un 18% frente a un 16% a la nacional. Tenemos a nuestro favor que Navarra sigue siendo una de las comunidades autónomas menos pobladas. La distribución de sexos: Varones: 320.326 y Mujeres: 320.960. Aunque el número de nacimientos de varones es superior al de mujeres. Pero a partir de los 60 años estos se alteran, siendo las mujeres superiores a los hombres. Navarra como el resto de Europa sigue un envejecimiento progresivo de la población. De 60 Años, la Comunidad Foral tiene un 22,9%. Y si nos vamos a 70 años, la Comunidad Foral, supera al de los 20 años.



La Pirámide de población de Navarra es mejor que la estatal, pero el envejecimiento es mayor, ya que las personas mayor de 65 y más años es de 17,6% con un 16% en el Estado. Los indicadores demográficos básicos del envejecimiento en el 2011 de 65 y más años son de 114,16. El índice de dependencia se sitúa en el 49,37. (Fuente: IEN). En Noviembre del 2012 se estima que la población descenderá en el 2022 en torno a un 2%, debido a la emigración. Sin embargo los mayores de 65 y más años continuarán creciendo pasando de un 17% a un 21% (de 107.433 a 127.553) lo que representa un incremento del 19%.

Los mayores de 80 años pasarán de 33.066 a 38.605 habitantes, que nos da un incremento de 17%. La dependencia pasará de un 48% a un 56% de los inactivos a activos de la población. La Tasa de dependencia de los mayores de 65 y más años pasará de 25,5 % a 32,4% La Tasa Bruta de Mortalidad en España se sitúa en 859 fallecidos por cada 100.000 habitantes. En Navarra en el 2010, entre la media, con una Tasa Bruta de Mortalidad de 8,02 frente a 8,25 de la nacional.

La Esperanza de Vida de la Comunidad Navarra ha aumentado en 2 años desde el 2005, situándose en el 2010 en 83,67 años. Siendo superiores en las mujeres que en los hombres. Siendo en 5 años superiores a Ceuta y 3 años a Andalucía (80,7). Uno de los indicadores más importante es el de la Esperanza de Vida libre de Discapacidad (EVLD): Mide el número medio de año que una persona espera vivir sin discapacidad. En Navarra, como veremos más adelante, es superior al estado. Y, es superior en mujeres que en hombres.

Por ello nuestro trabajo es considerar todas las estrategias que desde los Centros de Salud de la Comunidad Navarra se llevan a cabo para disminuir la dependencia y el gasto sanitario y aumentar el envejecimiento saludable y activo de la población. Con las estrategias para crónicos, se intenta evitar duplicidades y descongestionar las urgencias y ayudar a que el paciente tome parte en su autocuidado. Se quiere una persona responsable y empoderado en el conocimiento y gestión de su enfermedad.

Se garantiza que el estudio se llevará a cabo siguiendo las normas de Declaración de Helsinki y que se mantendrá la confidencialidad de todas las personas. Se adjuntará el consentimiento informado (anexos) y la autorización por el Comité de Ética correspondiente. Los equipos de Atención Primaria atienden a un 97% de la población mayor de 65 años (Causapié et al., 2011) y el número de consultas realizadas al médico y a la enfermera del centro correspondiente, presenta una tendencia creciente conforme aumenta la población. Hay que decir a favor de los servicios sanitarios, que la satisfacción de las personas mayores es positiva hacia la atención recibida (actitud general) o hacia un servicio sanitario específico o concreto (satisfacción específica) (Mira, Vitaller, Aranzan, Herrero y Buil, 1992).

Estos aspectos están relacionados con el cuidado del componente socio emocional de la comunicación. Esta comunicación afectiva socio-emocional concierne a la expresión de la atención, el cuidado de la preocupación, el interés, la implicación, la empatía, la comprensión, la escucha y el aliento a las personas mayores y a sus familias, es donde debemos hacer hincapié y no dejarles solos.

Por ello, se trata de “**Buscar estrategias que aminoren el problema**”. Y, crear redes internacionales para que mejoren el medio ambiente y las políticas para facilitar la vida de las personas mayores en su entorno y con la mejor calidad de vida. Desde el siglo pasado, varios estudiosos como John Cassel, Sydeney Cobb u Thomas Wills estudiaron la importancia del **apoyo social** en este grupo de edad. Cassel recomendaba, que más que reducir la exposición a los estresores se debería intentar mejorar y fortalecer los apoyos sociales (*American Journal of Epidemiology*, 197, p. 122).

Cobb recomendaba que se debería empezar a enseñar a los pacientes, tanto a los que se encuentran bien como a los que se encuentran mal, a cómo dar y recibir apoyo social (Revista *Psychosomatic Medicine*, 1976. p. 312. Cohen y Wills demostraron que aquellas personas cuyas relaciones sociales (familias, amigos, et.) proveían de recursos materiales y psicológicos tenían mejor salud.

Por lo que afirmaban que el apoyo social es un factor con una influencia en el bienestar. (Artículo de 1985 en el *Psychological bulletin*, p.310). Estos estudiosos propusieron que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas. Los denominó “**protectores de salud**”. Vieron que las condiciones de la vida urbana con hacinamiento, viviendas deficientes, etc. Ejercían efectos negativos sobre la salud física y emocional de las personas. Esto era por el deterioro de los apoyos sociales.

Para Caplan, el apoyo social en la intervención social y comunitaria, tanto formal como informal es importantísimo. Se fija en la importancia del apoyo informal para la prevención de enfermedades, no sólo físicas, sino también mentales. Aquí vemos la relevancia de la psicología social para contribuir al desarrollo de las personas mayores y su bienestar. Las personas mayores llegan a un período en que se alcanzan logros y crecimiento psicosocial.

Capítulo 1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL: DIMENSIONES BIOPSIICOSOCIALES

Nos dedicaremos a hacer un recorrido por las distintas dimensiones de la persona mayor. Primero desde la perspectiva biológica-médica hablaremos de la naturaleza de las personas mayores, de su cuerpo, de cómo con la edad se van perdiendo cierto órganos como la vista y cómo podemos remediarlo para que sea lo menos traumático posible para las personas mayores con intervenciones específicas como gafas, lentes u operaciones. Veremos algunas enfermedades que tienen unas características especiales en las personas mayores. Como trabajadora de la salud considero que es importante revisar algunas enfermedades que se acentúan más en las personas mayores. Enumeraré algunas de ellas y los tratamientos que sirven para mejorar su calidad de vida. Y cómo influyen en su vida y en su forma de vivirla.

Nos detendremos en aquellas que les hacen más dependientes y más vulnerable. Pero con una visión de autonomía, pues las personas mayores pueden llegar a vivir muchos años con una cierta autonomía y una cierta independencia. Ayudadas, como veremos, por los servicios sociales tanto formales como informales. Veremos qué test o escalas han de utilizarse para ver su actividad funcional en las actividades de la vida diaria, las básicas y las instrumentales. Segundo en la dimensión psicológica nos dedicaremos a examinar aquellos problemas mentales que sabemos que pueden llegar a padecer las personas mayores para minimizarlos, si es posible, o atenderlos con especialistas adecuados. Aquí describiremos algunas enfermedades que afectan de manera especial a las personas mayores, como la depresión, la ansiedad o la demencia. Y que pueden llegar a ser una epidemia como las demencias en la Tercera Edad Avanzada.

También nos detendremos en los test y escalas que utilizaremos para evaluarles y determinar en qué situación se encuentran para tratarlos cuanto antes y antes de que la enfermedad esté instaurada. Esta dimensión es muy importante por el problema familiar que conlleva el tratar a personas con estas problemáticas y también los problemas afectivos que conlleva el tratar a un ser querido con estas enfermedades.

Por último, pero no por ello el menos importante, veremos la dimensión social. Puesto que el hombre vive en sociedad y lo social no le es ajeno. Y no olvidaremos el recorrido hecho por la filosofía y la antropología en el transcurrir de los años sobre la vejez y sobre el significado de la vida. El hombre es ese ser que busca, que camina años tras años por este planeta y ha ido a lo largo de la vida buscando nuevas formas de vida y, también, como no, nuevas formas de ser feliz y ayudar a los demás. Aquí, desde la antropología veremos cómo las abuelas, no sólo cuidaban a sus nietos para que sus hijas fueran a buscar alimentos, sino que ellas, a la vez, les transmitían su cultura todo lo que a lo largo de la vida habían ido aprendiendo. En concreto actitudes que no se pueden cuantificar pero sí reconocer: paciencia, amor a lo que haces, solidaridad con el prójimo, alegría de las cosas pequeñas, servicio y un sin fin de ellas.

Desgranaremos los apoyos formales e informales de los que van a depender nuestros mayores y que hará que su vida sea más independiente y autónoma. El envejecimiento demográfico ha sido un éxito social, pero tiene una contraparte negativa por el aumento del número de personas que pasan sus últimos años en situación de dependencia. Y padeciendo enfermedades para las que no existen más que tratamientos paliativos (demencias, afecciones respiratorias, reumatismo, etc).

1.1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA-MÉDICA

Europa pasará de tener en la actualidad un 17.40% de personas mayores a un 36,00% en el año 2060. Estos datos nos hacen ver la cruda realidad y nos exigen retos en la sociedad actual. Debemos cubrir las necesidades de cuidados y atención a estas personas. Y estar preparados para los cambios que se van a producir en el proceso normal de envejecimiento que todo ser humano tendrá a lo largo de dicho proceso.

Pero antes de continuar, vamos a ver que dice la OMS de las personas mayores. Podemos observar varios tipos de ancianos: sanos, enfermos y de alto riesgo o frágil. Definiremos estos conceptos. Anciano sano: es aquel que no padece ningún problema funcional o mental ni siquiera social. Anciano enfermo, como su término indica, es el que padece una enfermedad o proceso, pudiendo ser agudo o crónico. Y, el último, y el que nos interesa, es el que presenta algunos factores de riesgo. El que pierde su autonomía, el que depende de otros para las actividades de la vida diaria y aquel que utiliza los mayores recursos socio-sanitario. Son los llamados Ancianos frágiles, aquellos que conservan su independencia de manera inestable y que se encuentran en situación de riesgos, de pérdida funcional.

Ya el Ministerio de Sanidad y Consumo estableció unos criterios y unos índices de fragilidad. Son personas mayores que presentan los siguientes factores de riesgo predictivos de deterioro, pérdida de funcionalidad y de dependencia, edad avanzada, hospitalizaciones recientes, caídas de repetición, polifarmacias con morbilidad, déficit visual o auditivo, incontinencia, deterioro cognitivo, alteración de la movilidad y equilibrio, y, además, con deficiente soporte social, y mujer, pues el anciano frágil tiene nombre de mujer, la mayoría de las veces. (OMS, 1974; Ferrucci, 2004; Wenger et al, 2001; Insalud, 1995). Todo ello, lo vamos a desarrollar más detenidamente.

Pero el envejecimiento conlleva muchas alteraciones estructurales y funcionales relacionadas con la edad. Alteraciones de la composición con pérdida de masa corporal y agua e incremento de la de grasa corporal. Disminución del gasto cardiaco, reducción del flujo sanguíneo renal, hepático y cerebral. Alteraciones fisiológicas y bioquímicas cuantitativas: aclaramiento de la creatinina, la insulina y el ácido p-aminohipúrico. Aumenta el PH gástrico (Baron, 1983).

Hay cambios que se van exteriorizando poco a poco como sucede con el sistema músculo-esquelético, el sistema cardiocirculatorio y aparato respiratorio, el genito-urinario, el endocrino y los órganos de los sentidos: vista, oído, gusto, olfato y tacto. Pero hay otros cambios que repercuten más en el individuo, como sus creencias, su cultura y la propia experiencia de la muerte.

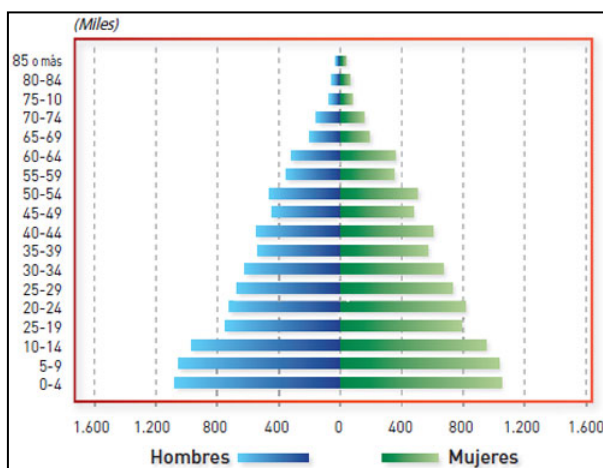
Un cambio muy significativo es el que sufre el individuo a *nivel de la comunidad* con la jubilación, dejando el rol laboral por el tener derecho a una pensión. Pero nuestra sociedad está cada día más preocupada por el bienestar tanto físico como psíquico de las personas mayores. En este bienestar influyen como hemos relatado anteriormente factores o causas endógenas y exógenas.

Debemos tener en cuenta que existe un envejecimiento primario o senescencia que es intrínseco al organismo y viene predeterminado por causas genéticas y donde poco podemos modificar y un envejecimiento secundario o senilidad que es provocado por agentes externos hostiles que producen mayor o menor grado de distorsión y donde si podemos modificar y actuar para reducirlo a la mínima expresión o minimizarlo en lo posible, ya que no podemos erradicarlo.

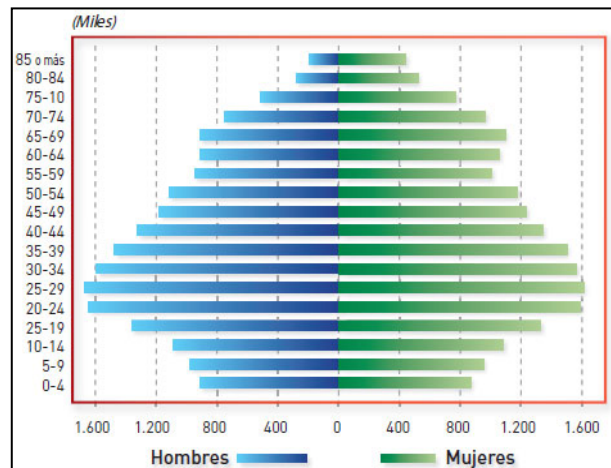
Pero veamos los factores que han influido en la mayor esperanza de vida:

- la Revolución agrícola con la invención de las técnicas de labranza, con lo que se consigue más cosechas por año con la introducción de la rotación de cultivos. También empiezan a aparecer en Europa nuevos cultivos procedentes de América como el maíz o la patata.
- la revolución en los transportes y las comunicaciones. Aparece el vapor en las comunicaciones terrestres y el mar.
- Revolución industrial (siglos XVIII-XIX), con lo que se reducen los costes de producción y se reducen los tiempos.
- La revolución urbana con el crecimiento de las ciudades alrededor de los complejos industriales. Estas ciudades son dinámicas, saludables, modernas y creadoras de cambios sociales, económicos y de mentalidad.

La esperanza de vida en España ha pasado de 34,7 años en 1900 a 78,7 en 1998 (ver gráficas). Los varones han aumentado de 33,8 a 75,2 años y las mujeres de 35,7 a 82,1 años. Esto es gracias a las mejoras en las condiciones de vida: mejoras en las técnicas sanitarias, disposiciones de los servicios, prestaciones sociales y culminación del estado de bienestar. Un individuo que llega hoy a los 65 años, si es varón se espera que viva 16,1 años más y si es mujer 20,1 años más. Lo que nos indica, que cuando una persona se jubila, le queda por vivir, si es varón un 19,9% y si es mujer un 23,6 % de vida.



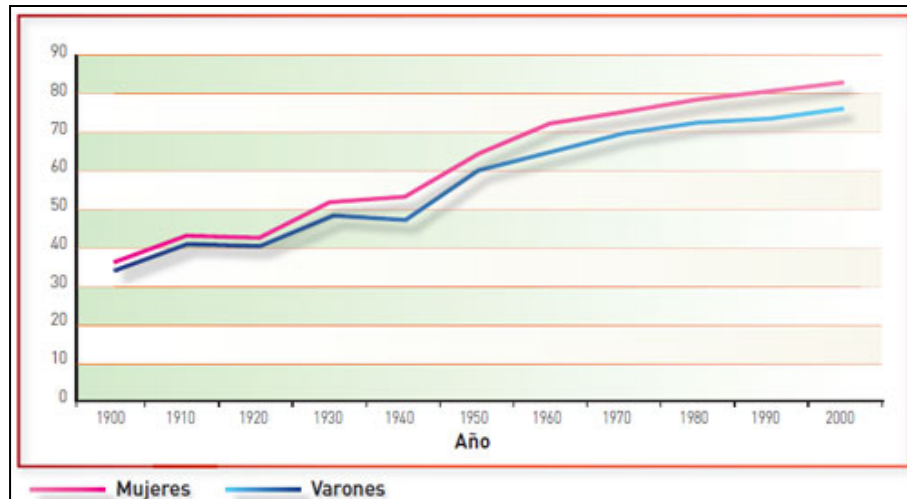
España 1900



España 1998

Lo que deseamos es que esta vida esté libre de discapacidad. Definimos ésta como el número de años que, como media, viviría antes de contraer una discapacidad. En el nacimiento se cifra en 68,5 años para varones y 72,1 años para mujeres. **La dependencia** es el resultado de la combinación de los cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes, más el entorno psicosocial y ambiental.

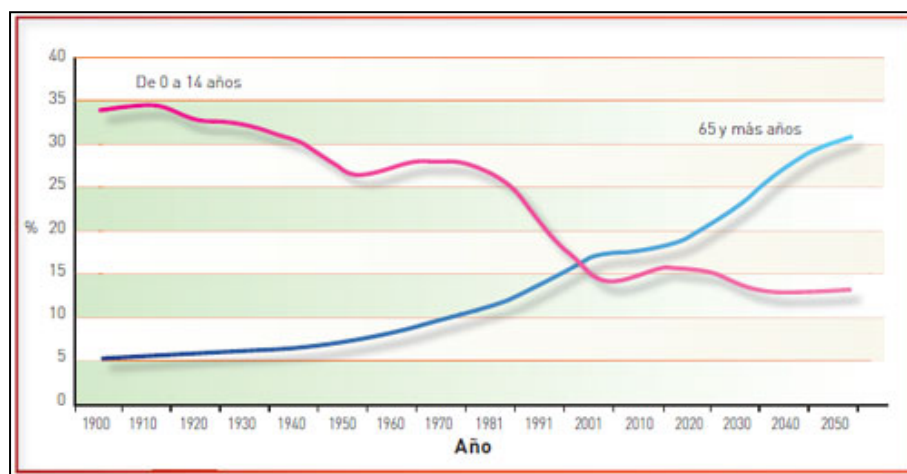
En las personas mayores en un 50% de los casos aparece esta de forma catastrófica como consecuencia de una enfermedad aguda o traumatismo. El otro 50% aparece de manera progresiva. Pero España presenta uno de los mayores índices de envejecimiento. Sobre todo el envejecimiento del envejecimiento, es decir, el aumento de las personas mayores, de las personas de 80 y más años. Estas son las personas que nos interesan en esta investigación. En el 2003, las personas de 65 años y más representaban el 17 % de toda la población española, es decir, 7.276.620 personas. Y esto sólo ha hecho que empezar, sobre todo hacia el año 2020 debido al progresivo envejecimiento de la generación del “babi boom”.



Esperanza de vida en España en el siglo XX.

Fuente: INE

Como hemos indicado, España presenta uno de los mayores índices de envejecimiento (Abellán, 2004). Somos el segundo país, después de Japón de envejecimiento, según las Naciones Unidas, ya que para el año 2050 asigna a España este segundo lugar en el mundo, con un 35,0% de personas de 65 y más años (13 millones), delante de Italia (34,4%), Eslovenia (34,0%) y Grecia, que son los países más envejecidos. Esto llevará asociado un aumento de la morbilidad a procesos crónicos y degenerativos incapacitantes. Y, con ello, un aumento de la dependencia.



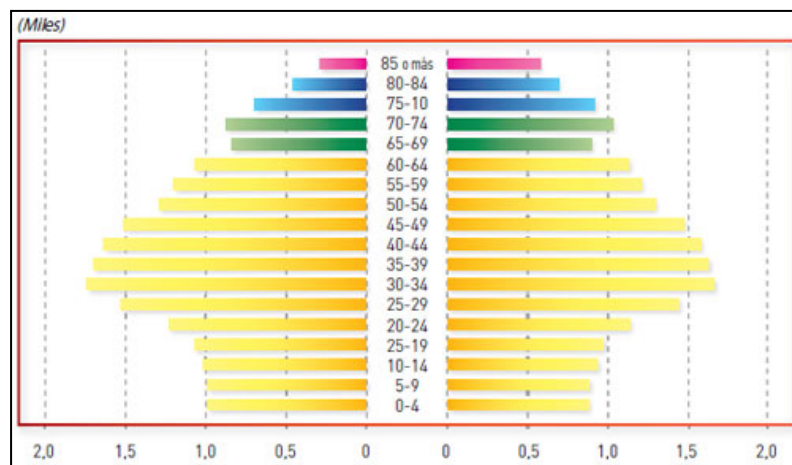
Inversión de la tendencia demográfica, 1900-2050

Fuente: INE: INEBASE: Censo de población, 1900 hasta 2001. INE, 2004.

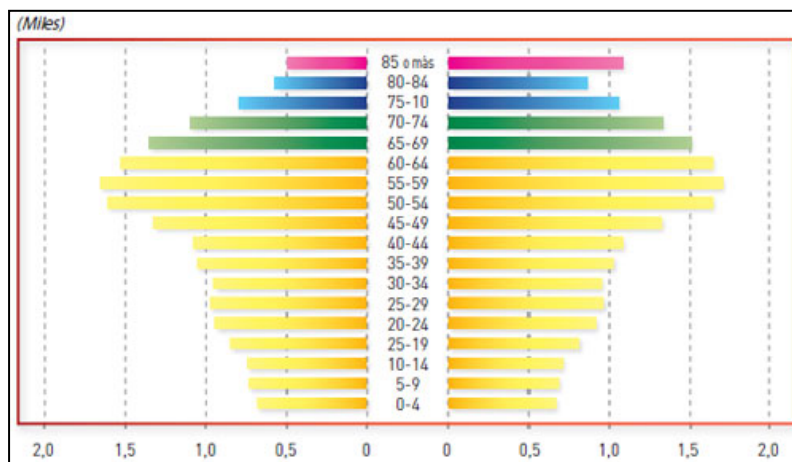
INE: INEBASE: Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo Población de 2001. INE, 2004

En cuanto a la distribución territorial de este envejecimiento en España, cabe señalar que afecta a todas las comunidades autónomas, aunque existen algunas diferencias destacables. Cataluña, Andalucía y Madrid son las comunidades autónomas con mayor número de personas de edad empadronadas en sus municipios; las dos primeras superan el millón de efectivos (datos del padrón de 2003). Sin embargo, Castilla y León (22,9%), Asturias (22,1%), Aragón y Galicia (21,3%) son las más envejecidas proporcionalmente. En todas ellas, al menos uno de cada cinco ciudadanos tiene 65 o más años (tabla 2).

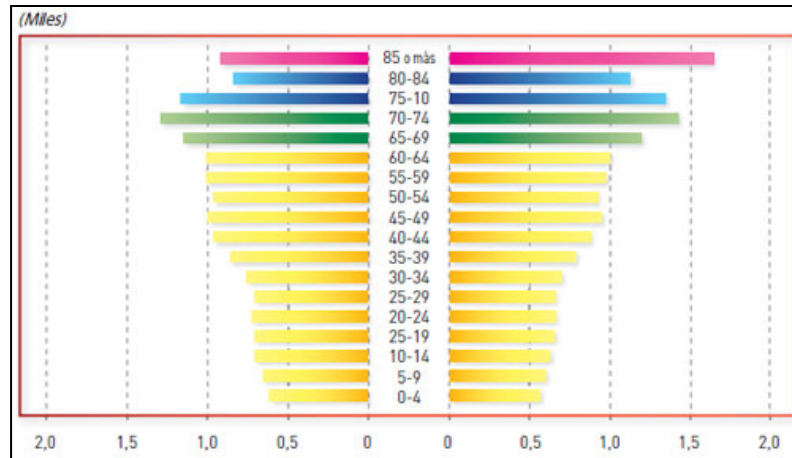
En el otro lado de la escala, Melilla (10,7%), Ceuta (11%), y Canarias (12 %) siguen siendo las que presentan menor proporción de personas mayores, seguidas de Murcia y Baleares (14,1%), Madrid (14,5%) y Andalucía (14,8%). Con respecto a los datos del año 2004, Asturias pasa a la segunda posición de las comunidades envejecidas, por delante de Aragón, y Extremadura, el País Vasco y Andalucía también avanzan posiciones en esta lista del envejecimiento. Madrid, en cambio, rejuvenece su posición y su porcentaje de personas de edad. Todas las comunidades están experimentando un gran aumento de las personas mayores de 80 y más años.



España 2004



España 2025



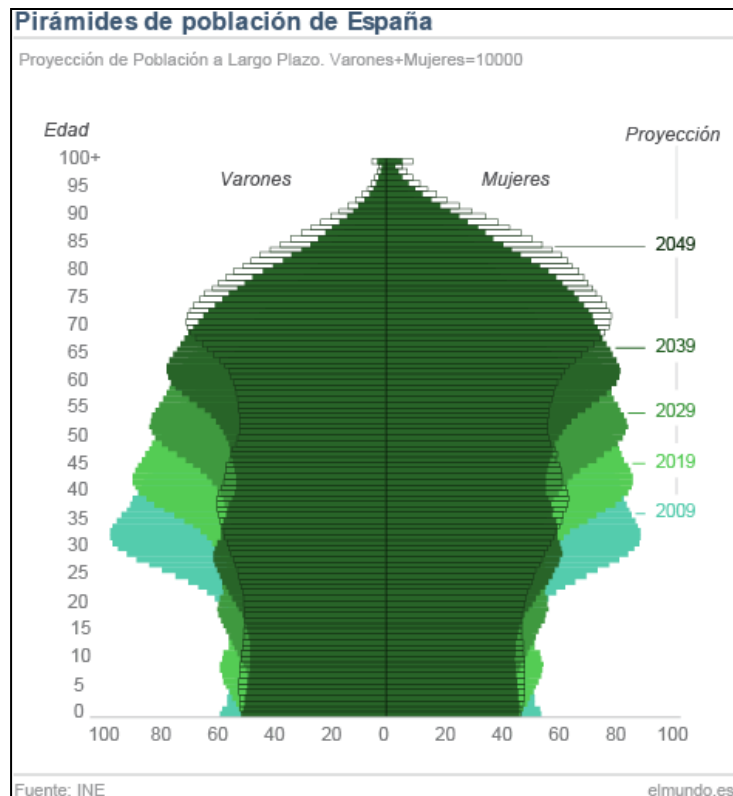
España 2050

Fuente: ICEA – Elaboración a partir de datos y proyecciones del INE

Es clara la mayor prevalencia y la tendencia al aumento de la dependencia en aquellos sectores de población mayor y muy mayor. La evidencia empírica disponible muestra que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad.

Ese aumento en las tasas de prevalencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en la que dicho aumento se acelera notablemente, en especial en la dependencia grave o total. Diversos estudios han publicado cifras dispares sobre la prevalencia de personas con discapacidad y dependencia en España, con valores que varían entre el 20 y el 35%. Las diferencias entre los datos publicados se deben a la utilización de distintas fuentes de información, así como a las distintas características y criterios empleados tanto en la selección de las actividades como en la manera de preguntar por ellas.

La primera gran encuesta sobre discapacidad se realizó en 1986, la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*. En 1999, se llevó a cabo de nuevo con variaciones, la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (EDDES). A pesar de que los resultados no son completamente comparables entre las dos encuestas debido a las diferencias en los cuestionarios, se observa una tendencia al aumento de la discapacidad en aquellos sectores de población mayor y muy mayor. La discapacidad está asociada estrechamente con la edad y también con el sexo. Las personas con discapacidad tienen una media de edad más elevada que el resto de la población. En la encuesta de 1999, la discapacidad era de 9% de la población, pero si hablamos de personas mayores, este porcentaje aumenta a 32,2% a los 65 años y en un 63% en mayores de 85 años. Según el Libro Blanco, las personas muy envejecidas, de 80 y más años harán aumentar las tasas de dependencia en España, alrededor de un 10% (Libro Blanco, 2005)



Pirámide del futuro en España

1.1.1. Clasificación según la Organización Mundial de la Salud

Veamos lo que dice la OMS de las personas mayores. Podemos observar varios tipos de ancianos: sanos, enfermos y de alto riesgo o frágil. Definiremos estos conceptos. Anciano sano: es aquel que no padece ningún problema funcional o mental ni siquiera social. Anciano enfermo, como su término indica, es el que padece una enfermedad o proceso, pudiendo ser agudo o crónico. Y, el último, y el que nos interesa, es el que presenta algunos factores de riesgo. El que pierde su autonomía, el que depende de otros para las actividades de la vida diaria y aquel que utiliza los mayores recursos socio-sanitario.

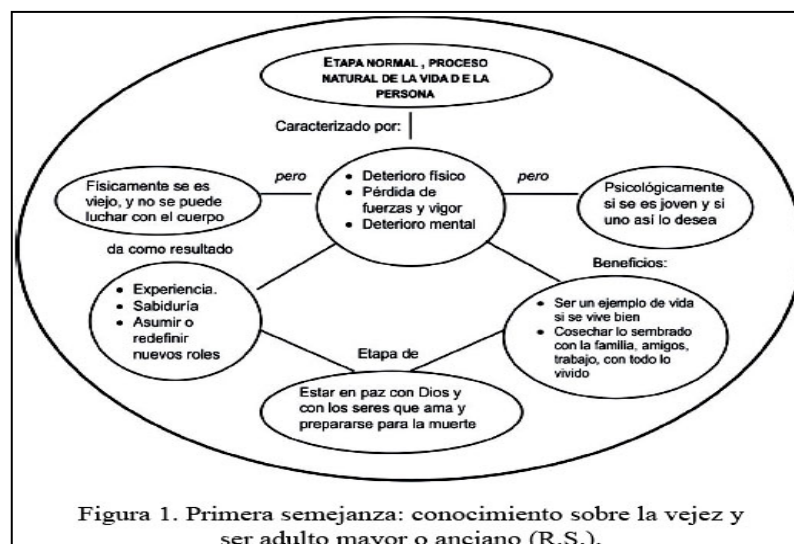
Son los llamados Ancianos frágiles, aquellos que conservan su independencia de manera inestable y que se encuentran en situación de riesgos, de pérdida funcional. Ya el Ministerio de Sanidad y Consumo estableció unos criterios y unos índices de fragilidad. Son personas mayores que presentan los siguientes factores de riesgo predictivos de deterioro, pérdida de funcionalidad y de dependencia, edad avanzada, hospitalizaciones recientes, caídas de repetición, polifarmacias con morbilidad, déficit visual o auditivo, incontinencia, deterioro cognitivo, alteración de la movilidad y equilibrio, y, además, con deficiente soporte social, y mujer, pues el anciano frágil tiene nombre de mujer, la mayoría de las veces. (OMS, 1974; Ferrucci, 2004; Wenger et al, 2001; Insalud, 1995). Todo ello, lo vamos a desarrollar más detenidamente.

Pero no es el único término que utilizamos para hablar de las personas mayores. También se habla de **edad cronológica** cuando contabilizamos el número de años que vive una persona desde su nacimiento. Ésta no se puede modificar, pero tampoco tiene por qué ir acompañada de enfermedad y pérdida de autonomía. (Patterson, 2003).

Edad biológica cuando lo que nos interesa es el estado funcional del organismo y **edad psicológica** cuando el individuo representa su competencia conductual y de adaptación. Y, por último, **la edad social**, aquella que desempeñamos en la sociedad. Según Burgess, la función que ejerce la jubilación en algunas personas es que pierden su papel en la sociedad. (Burgess,). Pero el tiempo que vive una persona lo podemos representar con varios términos. **Límite máximo de vida**, esto es el número máximo de años que vive un individuo, también llamado “periodo de vida o ciclo de la vida”. Aquí hablamos de potencial de supervivencia. Otro es **la expectativa de vida**, que el número de años que se calcula que va a vivir una persona a partir de cada edad exacta. Esto es el tiempo de supervivencia del 50% de una población. Esto, como sabemos, depende de factores ambientales, enfermedades, avances médicos que una población posee y acontecimiento externos al individuo. **La longevidad** se da a aquellas personas que van a vivir muchos años. Esto es debido a varios factores positivos como los avances en medicina, la nutrición, la actividad física. (Schale y Willia, 1986^a), pero también hay negativos como el sedentarismo, el alcohol, el tabaco, la mala alimentación y la soledad.

El proceso de envejecimiento se divide en varias etapas: **Tercera edad** (65 años), **ancianidad** (70-75 años) y **la senectud** (80 años). Ésta es la que nos interesa, ya por las limitaciones que conlleva, ya por la alta morbilidad y multimorbilidad. Esto es la presencia de dos o más enfermedades diagnosticadas médicamente en el mismo individuo, con el diagnóstico de cada una de estas enfermedades basada en criterios establecidos y no relacionadas causalmente con el diagnóstico primario. La comorbilidad es cualquier entidad distinta adicional que ha existido o puede ocurrir durante el curso clínico de una persona mayor que presenta una enfermedad índice bajo de estudio. (Feinteins, 1970).

Como podemos ver en el proceso de envejecer, es una etapa normal y natural llegar a viejos. Se pierden cosas como la fuerza y el vigor. Pero no olvidemos, que se ganan otras como la sabiduría, la experiencia, el saber estar con tu nuevo rol, el ser un ejemplo de vida para los que te siguen. Al final, se llega a un estar en paz con Dios y con los seres que amas. La muerte, como veremos, llega como algo natural. Pero hay que llegar en las mejores condiciones, como veremos a lo largo de esta investigación.



Proceso de envejecer

1.1.1.1. Anciano sano

“Aquellos mayores de 65 años cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica”. Es aquel, que pese a la edad, se encuentra en condiciones normales para las actividades de la vida diaria. Nuestros esfuerzos deben ser encaminados a mantener la salud con actividades de promoción y prevención primaria. Debemos detectar precozmente las enfermedades que acarrearían dependencia. Aquí vamos a fijarnos en la importancia de la alimentación y sobre todo en el consumo de lácteos en la tercera edad para un envejecimiento activo.

La OMS definió *el envejecimiento activo* como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objeto de mejorar la calidad de vida a medida que envejecemos”. El envejecimiento activo permite que las personas lleven a la práctica su potencial de bienestar físico y social, y se centra en la importancia de una imagen pública positiva de las personas mayores.

¿Cuáles consideramos que son los pilares para conseguir este envejecimiento activo? Estos son: ejercicio físico, estimulación de la mente, control de los factores de riesgo de enfermar, mantenimiento de una vida social participativa y mantenimiento de unos patrones de alimentación adecuados. Esta alimentación adecuada, como veremos más adelante, es fuente de salud. Ya sabemos que a más edad más complejos son los requerimientos nutricionales y mayores las variaciones, de un individuo a otro, en la capacidad de ingerir, digerir, absorber y utilizar nutrientes.

El gasto energético basal (GEB) es el gasto de energía mínimo que se requiere para mantener las funciones vitales organizadas en condiciones normales. Este gasto disminuye a medida que aumenta la edad, es variable y está influenciado por factores como el sexo, la composición corporal, la temperatura ambiente y la presencia de enfermedades. Representa un 60-70 % del gasto total y se calcula mediante la ecuación de Harris y Benedict: $\text{Peso (kg)} \times 30 \text{ kcal/día}$. En personas mayores parece decrecer en un 7-10 % del total respecto al adulto.

La OMS considera que se produce una disminución del gasto calórico de aproximadamente un 10 % cada diez años a partir de los sesenta años de edad. Sabemos por experiencia, que las personas mayores cada día son más activas, desean vivir con mayor autonomía y seguir participando y desarrollándose en la sociedad en la que viven. Debemos enseñar a envejecer de forma saludable, con un ritmo de vida de hábitos saludables. Se sabe que este proceso de envejecer hay que empezar en etapas más tempranas.

Hay un refrán popular que nos dice que “*envejecemos como hemos vivido*” Pero otro refrán afirma: “*nunca es tarde si la dicha es buena*”. Por lo que debemos empezar a mejorar nuestra condición para envejecer de forma saludable. Sabemos que el 53% de los mayores inician nuevas actividades después de los 65 años y que el 43 % prefiere participar más en el seno de la sociedad española. El 86 % de las personas mayores declaraban no haber superado los estudios primarios, pero en el 2007, el 8 % de éstos estaban participando en actividades educativas.

He creído conveniente incluir la jerarquía de necesidades según Maslow. Si no satisfacemos las básicas (el estómago es la primera lámpara que nos avisa), no podremos ir subiendo por la pirámide. Por ello hemos empezado por las biológicas médicas y luego continuamos con las de

seguridad, afiliación y terminaremos en la autorrealización de los peldaños. Esto es lo que queremos para nuestros mayores, que se sientan realizados hasta el final de la vida.

).



La noción de necesidad es primordial en psicoterapia (Psicoterapia cognitiva). Hablamos de necesidad del organismo viviente, que no podría existir y desarrollarse si no logra satisfacer sus necesidades básicas. Este organismo viviente que es el cuerpo cuenta con reacciones fisiológicas, gestos, actitudes conductas, palabras, frases, lenguaje verbal y no verbal, pensamiento, memoria, emociones, sentimientos, recuerdos, imaginaciones, fantasía, un consciente y un inconsciente, etc.

Todo ello lo tenemos incluido en un campo social determinado (medio ambiente) y pudiendo relacionarse, utilizando un conjunto de mensajes, con dicho campo social. Nuestro organismo es la suma de todos esos elementos, pero es al mismo tiempo muchísimo más que una simple suma. Si nuestro organismo tiene una necesidad significa que algo le falta, que carece de algo; por lo que se encuentra en desequilibrio. E, intenta por todos los medios, volver al equilibrio. Pensemos cuando tenemos hambre. Una vez restablecido el equilibrio, la energía utilizada podrá ser empleada en otras actividades diferentes. Esto nos pasa en todos los planos de nuestra existencia: corporal, afectivo, psicológico y espiritual. Según nos dice Perls. (Castaneda Celedonio, Costa Rica, 1983)

Sigamos con nuestra clasificación. Aunque deseemos que todas las personas ancianas estén sanas y disfruten de su vida, no siempre es así.

1.1.1.2. Anciano enfermo

Aquellos mayores de 65 años que presentan alguna afección aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante y que no cumple criterios de paciente geriátrico. Aquella persona que padece una o varias enfermedades crónicas, pero sin problemas funcionales, mentales o sociales. Aquí debemos priorizar la prevención secundaria y terciaria de la enfermedad. Para prevenir la morbilidad y el deterioro funcional.

Estas enfermedades son de larga duración en el tiempo. Y algunas de estas enfermedades pueden ser: 1. Anciano Cardiopatías. 2. Anciano Diabético. 3. Anciano Coagulado. 4. Anciano Hipertenso. 5. Anciano y Caídas. 6. EPOC. Vamos a poner sólo dos: Cardiopatías y caídas por la gran repercusiones que tienen en el anciano. Sabemos que todas las demás formarán parte de las cardiopatías.

1.1.1.2.1. Anciano cardiópata

Éstas siguen siendo la principal causa de muerte en el anciano por los problemas tanto ambulatorios como hospitalarios que genera. Ello conlleva grandes limitaciones para la persona mayor. Aunque existe una disminución en los países desarrollados sobre las muertes por esta causa, llegando a un 25 % el término medio de personas que no mueren por esta causa, gracias a las campañas de prevención llevadas a cabo.

Además se cuenta con estructuras sanitarias de más alto nivel en el diagnóstico y tratamiento en nuestra sanidad. En España los datos aportados por Balaguer Vintró afirman que se ha producido una mejoría. En la población anciana la incidencia y prevalencia de la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca, revelan que son la principal causa de mortalidad y morbilidad hospitalaria.

Los datos del estudio Framingham son abrumadores y coincidentes con otros similares que se refieren a la insuficiencia cardíaca. De acuerdo con ellos se admite que la incidencia de insuficiencia cardíaca que es de 1,8% para hombres y un 0,8 % para mujeres con edades entre los 45 y los 55 años, se multiplica por dos en cada una de las décadas siguientes hasta por encima del 80% a partir de los 85 años. Los factores de riesgo según el estudio arriba indicado y otros son: La hipertensión arterial, el tabaco y la hiperlipemia. Y que una intervención temprana nos llevará a lo que se podría llamar “**los viejos-jóvenes**”: **65-75 años**.

La hipertensión arterial (HTA), de altísima prevalencia por encima de los 65 años (30-50%), sobre todo en el sexo femenino, aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica, así como el de fracaso cardíaco, la aparición de arritmias y el de muerte súbita. El papel negativo que juega como factor de riesgo vascular a otros niveles: circulación cerebral, renal y periférica. **El tabaco** aumenta los riesgos de mortalidad y morbilidad. Dejar de fumar hace disminuir dichas tasas. El colesterol total y el LDL-colesterol, así como las bajas de HDL-colesterol, aumentan los riesgos de morbimortalidad. Cambiando **los hábitos dietéticos** hace que disminuya la morbimortalidad en las personas mayores hasta los 80 años. Según lo demuestran los estudios epidemiológicos como el de Framingham, el de Rancho Bernardo, el de Munster, el de Honolulu y bastantes más. Otros factores de riesgo en las personas mayores es la falta de ejercicio.

Veamos los cambios que tienen lugar en el corazón en el curso del envejecimiento:

1. La fisiología, en base a las consecuencias del “uso” continuado del propio organismo.
2. Las enfermedades y alteraciones patológicas de todo tipo de acumulaciones durante la vida, con sus correspondientes secuela y proceso de adaptación posterior. Baja la mortalidad por patología del corazón, pero siguen en cabeza, según el Diario Médico de marzo de 2015. Nos dice que la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón se redujo un 3,9 % en 2013 respecto al 2012, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). En España, con una tasa de 252 fallecidos por cada 100.000 habitantes, seguidas de las de tumores con 238,3 muertes por cada 100.000 habitantes, las respiratorias de 91,4 y las enfermedades del sistemas nervioso, incluido el Alzheimer, con 46,1 fallecidos por 100.000 habitantes. Sin embargo, aumento las del cáncer de mama con 3,1 %. También se disparó el cáncer de pulmón en mujeres en 7,3 % en 2013. En hombres, el *ranking* de tumores lo encabeza el de pulmón y colón.

Enfermedades cardiacas en el paciente anciano: Cardiopatía isquémica, angina de pecho, infarto agudo de miocardio (IAM), patología valvular, trastorno del ritmo, hipertensión arterial, enfermedades tromboembolias venosas, otras cardiopatías menores e insuficiencia cardiaca.

Debemos tener presente que las cardiopatías siguen siendo la principal causa de muerte en las personas mayores y provocan un aumento de consultas ambulatorias y de ingresos hospitalarios. Otros factores de riesgo cardiovasculares para el anciano son: la hipertrofia ventricular izquierda, la diabetes tipo II, la falta de ejercicio físico y, la llamada personalidad tipo A. El número de células marcapaso disminuye importantemente con la edad, pero es suficiente para mantener un ritmo sinusal normal. Con el envejecimiento se producen pérdidas cualitativas en los receptores adrenérgicos. Con **la edad** ocurre un aumento en el tamaño muscular del ventrículo izquierdo, en su pared posterior. El envejecimiento determina un enlentecimiento en la fase de relajación del músculo cardiaco. En reposo el proceso de envejecer no modifica en el individuo sano el volumen minuto, el de eyección, la fracción de eyección ni los volúmenes finales sistólicos o diastólicos del ventrículo izquierdo.

Durante el ejercicio se reduce la capacidad para alcanzar frecuencia cardiaca máxima elevada. Durante el ejercicio el volumen no sufre modificación, merced a un aumento en el volumen de eyección. La recogida de los datos clínicos, síntomas y signos del cardiópata anciano debe ser extraordinariamente cuidadosa. El electrocardiograma basal experimenta pocos cambios en las personas de edad. Las manifestaciones clínicas de la cardiopatía isquémica suelen ser más pobres que en edades más precoces. Son más atípicas y más difíciles de identificar. La terapia farmacológica en las crisis dolorosas típicas sigue teniendo su primer y fundamental escalón en los nitratos sublinguales.

Las personas mayores presentan muchas contraindicaciones a los betabloqueantes, así como una respuesta irregular a los mismos. Entre la población anciana existe una mayor proporción de infartos indoloros, así como con dolor de localización atípica. Son más frecuentes en el anciano los infartos anteriores. El factor pronóstico aislado más importante en el infarto agudo de miocardio es el deterioro de la función ventricular.

Nunca, en función de la edad, se debe negar en la fase aguda del infarto ni el ingreso en la unidad coronaria, con la correspondiente monitorización, ni el beneficio de trombosis más precoces. La terapia trombolítica se asocia con una reducción en la mortalidad en términos más significativos que en edades más precoces. El candidato ideal para la angioplastia coronaria es: sujeto con cardiopatía isquémica sintomática, no controlable farmacológicamente y con lesión de vasos coronarios que no afecten al tronco común.

La cirugía coronaria ha demostrado ser incluso en edades muy avanzadas una solución más adecuada para los pacientes de alto riesgo. Sus indicaciones son: lesión de tronco, lesión de tres o más vasos y/o fracción de eyección inferior al 50. Las enfermedades valvulares en el anciano son más comunes de lo que se suele admitir. Presentan algunas peculiaridades en relación con las lesiones que pueden encontrarse en edades precoces. La calcificación del anillo mitral es un hallazgo muy común entre la población anciana. Dobra el riesgo de ictus y obliga a anticoagular en ausencia de contraindicaciones. La valvuloplastia mitral es una técnica poco agresiva, que no requiere anestesia ni toracotomía, puede repetirse con facilidad y tiene una morbilidad algo menor que la cirugía. La valvulopatía aórtica ha mostrado unos resultados más pobres.

Hoy, se reserva para pacientes de edad muy avanzada, sintomático, con pobre calidad de vida o patologías asociadas severas que contraindiquen la opción quirúrgica. La estenosis aortica sintomática constituye siempre una indicación quirúrgica con independencia de la edad del paciente. Los cambios en el sistema de conducción, pérdida de células marcapaso y fibrosis, favorecen la pérdida del ritmo sinusal normal y la aparición de trastornos en la conducción ante estímulos de menor intensidad de lo que sería preciso en edades más precoces.

Por encima de los 65 años alrededor del 90 % de la población presenta latidos ectópicos supraventriculares y en torno al 80 % ventriculares. La fibrilación auricular crónica es una arritmia frecuente. Su aparición es siempre patológica y obliga a buscar su etiología. Existen controversias acerca de si este trastorno obliga a **una anticoagulación** estable. Cada vez es mayor la tendencia a admitir una respuesta positiva, siempre que sea posible el control y no exista contraindicaciones para ello.

La hipertensión arterial tiene una alta prevalencia entre la población anciana, con tasas que rebasan el 40 % sobre todo entre los 65 y los 75 años y en el sexo femenino. Entre un tercio y la mitad de estos casos corresponden a hipertensiones sistólicas aisladas. El tratamiento de la hipertensión arterial en el anciano disminuye la tasa de accidentes coronarios agudos y los ictus letales y no letales. Es dudoso que se reduzca el número total de muertes. Existen también beneficios para la población tratada con edad superior a los 80 años. La enfermedad tromboembólica en el anciano ofrece: manifestaciones clínicas atípicas, mayor dificultad para interpretar los estudios complementarios, probabilidad de una peor evolución.

En relación con cualquier forma de **tratamiento anticoagulante** no debe existir discriminación en función de la edad en lo que respecta a sus indicaciones. No es rara la afectación miocárdica secundaria a trastornos funcionales del tiroides, que además, son, con frecuencia, precipitantes de insuficiencia cardíaca y/o fibrilación auricular. La pericarditis aguda aparece en el 10-20 % del infarto agudo de miocardio, en tanto mayor medida cuanto más elevada es la edad de la población de estudio.

Muchos de los cambios que tienen lugar en el corazón en el curso del envejecimiento coinciden con las modificaciones que pueden encontrarse en el corazón de los sujetos en fallo sea cual fuere su edad. La función diastólica es más susceptible de estar alterada, lo que hace que este tipo de insuficiencia cardíaca sea frecuente entre los pacientes ancianos. Los mecanismos tradicionales de compensación de la insuficiencia cardíaca también están limitados en el anciano. En el anciano, en mayor medida que en el joven, puede y suele haber un número más alto de factores causales y precipitantes.

Las enfermedades de bases que con mayor frecuencia subyacen en la insuficiencia cardíaca del anciano son: la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial. Muchos de estos pacientes tienen enfermedades crónicas acompañantes que favorecen la presencia de insuficiencia cardíaca. Entre los factores que precipitan de insuficiencia cardíaca los más frecuentes son: las infecciones intercurrentes, el incumplimiento terapéutico y la aparición de arritmias nuevas, sobre todo de fibrilación auricular.

En la persona mayor es frecuente que la insuficiencia cardíaca se manifieste por síntomas anterógrados, derivados de la caída del volumen minuto. La recurrencia de los episodios de insuficiencia cardíaca es muy alta. Son factores de mal pronóstico: la mala función ventricular, la

hiponatremia, la hiponutrición, (colesterol total < 3,9 mmol/l, albúmina < 35 g/l) y una mala situación para las actividades de la vida diaria. Junto a las medidas no farmacológicas y farmacológicas tradicionales, los vasodilatadores del tipo de los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina deben emplearse desde el primer momento. En la regulación de las dosis de digoxina debe tenerse especial cuidado con la situación funcional del riñón del anciano. (Ribera Casado J.M. y Lázaro del Nogal M.). He creído conveniente alargarme en este apartado, ya que como decía incluye a todas los demás.

1.1.1.2.2. Caídas en el anciano

El riesgo de caídas es muy importante en las personas mayores por las consecuencias que acarrea. Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (OMS, 2012). Las caídas son una causa importante de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos.

Valoración del riesgo de caídas. Esta valoración se realizaría tras haber realizado el cribado de fragilidad. Para ello, se utilizaran las siguientes preguntas: ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria? ¿Ha sufrido dos o más caídas al año? ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo? Tras la valoración del riesgo de caídas, la persona se calificará como de bajo o alto riesgo de caídas:

1. Personas con bajo riesgo de caídas. Aquellas con respuesta negativa a las tres preguntas de cribado. Se les ofrecerá la misma valoración y consejo sobre actividad física habitual y alimentación saludable ofertadas a la población autónoma no frágil, englobadas en el consejo integral sobre estilos de vida saludable. Se realizará una nueva evaluación del riesgo de caídas al año.

2. Personas con alto riesgo de caídas. Aquellas con respuesta afirmativa a cualquiera de las tres preguntas de cribado. Se les realizará una intervención preventiva centrada en tres componentes: Programa de actividad física de componentes múltiples (resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular), integrado con el programa para la prevención de la fragilidad. Revisión de medicación: centrada en la revisión de los fármacos que afectan negativamente a las personas con riesgo de caídas siguiendo los criterios STOPP/START. Los fármacos considerados son: benzodiacepinas, neurolépticos, antihistamínicos de primera generación (clorfeniramina, difenhidramina, hidroxizina, prometazina, etc.), vasodilatadores y opiáceos de consumo crónico. Revisión de riesgos del hogar mediante listas de comprobación referidas +/- valoración del domicilio de forma oportunista aprovechando visita al domicilio por personal del centro (enfermera, trabajador social).

Además, las personas clasificadas como alto riesgo de caídas, podrían ser subsidiarias de una valoración multifactorial individualizada de los riesgos de caídas y de una intervención multicomponente individualizada centrada en los riesgos detectados, dentro de las acciones programadas del equipo de atención primaria, con las características y alcance propias de cada realidad territorial.

Se considerará la derivación a atención hospitalaria (preferentemente geriatría donde exista el recurso) en aquellas personas que reúnan alguno de los criterios antes expuestos para la

persona mayor frágil. Se realizará una evaluación anual de la intervención realizada. Valoración del riesgo de caídas: Estas se recoge en los programas de A. P. De las CCAA. Pruebas de ejecución. Existe evidencia de la eficacia para determinar el riesgo de caídas de las pruebas de levántate y anda cronometrado (TUG), velocidad de la marcha y batería SPPB

1.1.1.3. Anciano de alto riesgo o frágil

“Aquellos mayores de 80 años o del grupo entre 65-80 años que cumple algunas de las siguiente condiciones: Vive solo, viudez reciente, cambio de domicilio reciente, ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses, necesidad de atención domiciliaria, etc.”. Es aquella persona mayor que conserva su independencia de manera inestable y que se encuentra en situación de riesgo de pérdida funcional.

Estas personas mayores presentan uno o más factores de riesgo predictivo de deterioro, pérdida de funcionalidad y de dependencia (Ferrucci L. et al., 2004; Wenger NS et al., 2001; INSALUD, 1995): Edad avanzada (+ de 80 años), hospitalización reciente, caídas de repetición. polifarmacia con comorbilidad por patología crónica que tiende a la incapacidad (artrosis, fracturas por caídas, depresión, enfermedades psiquiátricas, déficit visual y auditivo, incontinencia, problemas cardiovasculares, alteración de la movilidad, deterioro cognitivo, debilidad muscular, déficit de soporte social, pobreza, soledad, incomunicación, viudedad) y factores demográficos.

Entre ellos, mujer de más de 80 años. Son dependientes leves, según el índice de Barthel y que pueden revertir dicha dependencia. Pero el entorno psicosocial y la atención sanitaria y social pueden ayudar a prevenir la dependencia. Aquí debemos prevenir los síndromes geriátricos y la iatrogenia. Esto lo haremos tanto en la Atención Primaria como en la Atención Especializada.

Definimos **la fragilidad** como un declinar generalizado de múltiples sistemas (musculoesquelético, cardiovascular, metabólico, e inmunológico) cuya repercusión final lleva a un agotamiento de la reserva funcional del individuo y mayor vulnerabilidad de desarrollo de resultados adversos, que incluyen discapacidad y dependencia. (Ferrucci, 2004).

Fragilidad y discapacidad están relacionadas. La detección de la fragilidad física es previa a la aparición de la discapacidad y susceptible de intervención. Se considera al anciano frágil al de alto riesgo, con un síndrome clínico diferenciado, caracterizado por una mayor vulnerabilidad para sufrir un deterioro progresivo con pérdidas funcionales y sufrir eventos adverso de salud, e incluso la muerte. (Baztán, 2006). Para ello, debemos tener un plan preventivo. Y valorar al anciano de forma integral o global (VGI).

La **valoración geriátrica integral o global** (Comprehensive Geriatric Assesment): como el proceso de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que se realiza con el objetivo de cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano, con la intención de elaborar un plan exhaustivo de cuidados para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo de la persona mayor. (Alarcón, 2002).

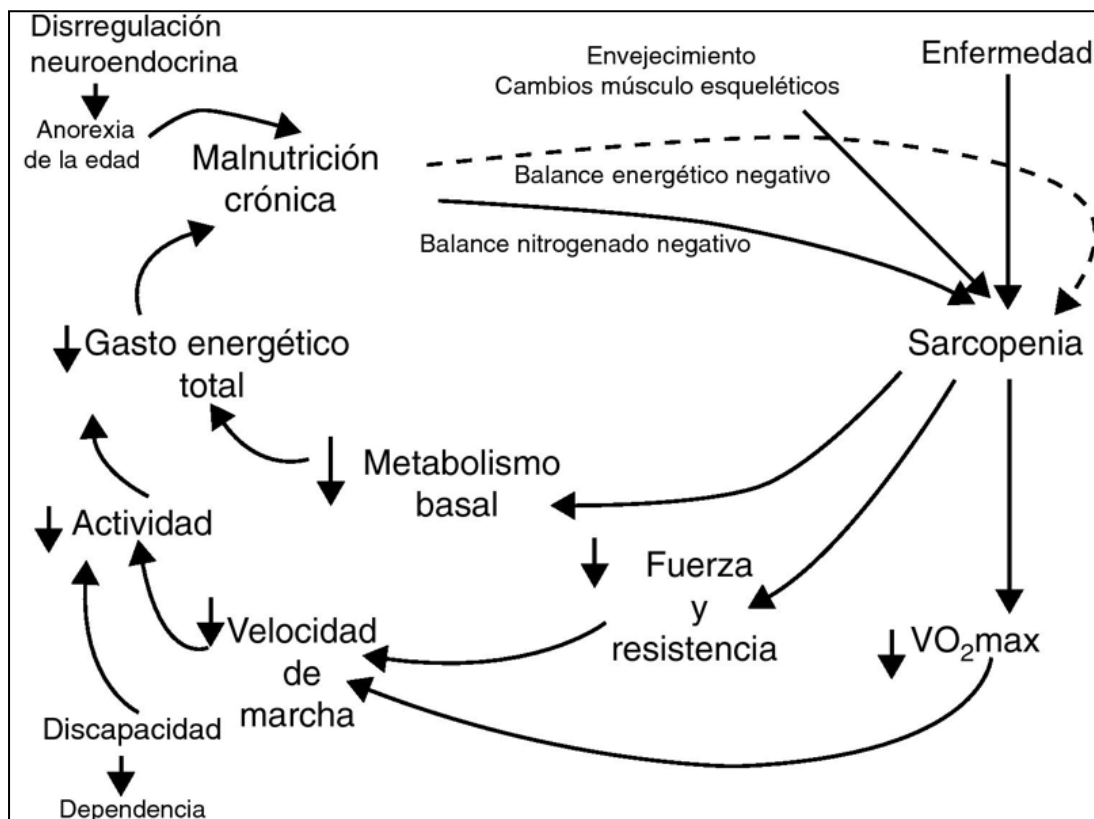
Objetivos: Mejorar la exactitud diagnóstica partiendo de un diagnóstico cuádruple: clínico, funciona, mental y social. Descubrir problemas tratables no diagnosticados o no abordados previamente. Establecer un tratamiento cuádruple adecuado y racional a las necesidades del anciano. Mejorar el estado funcional y cognitivo. Mejorar la calidad de vida. Conocer los

recursos del paciente y su entorno socio-familiar. Situar al paciente en el nivel sanitario y social más adecuado a sus necesidades, evitando siempre la dependencia e intentar reducir los ingresos hospitalarios e institucionales. Disminuir la mortalidad. (Reuben, 1996).

Hay que estructurar bien las cuatro esferas: la clínica, la social, la mental, la funcional. Ello nos llevará a optimizar recursos y una valoración para tomar decisiones adecuadas. (Stuck et al, 1993 y Ruipérez et al, 2003). Esta VGI comporta mejora del estado funcional, la capacidad cognitiva y la función afectiva, reduce el número de medicamentos, perfecciona el diagnóstico y mejora las decisiones sobre el paciente, aumenta la atención a domicilio y reduce la hospitalización e institucionalización, minimiza los costes asistenciales, mejora la calidad de vida y aumenta la supervivencia y adaptarnos mejor al entorno del paciente y al ámbito en que se encuentra. (Geriatría XXI, 2000) y (Estilos de la atención socio-sanitaria en España, 2000).

Aquí también están las personas mayores con pérdidas funcionales, especialmente en AIVD o en ABVD, cuando todavía son potencialmente recuperables. Veremos más adelante que son actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

La sarcopenia (disminución de la masa muscular relacionada con la edad) parece ser el principal componente del síndrome, y está relacionada con el empobrecimiento de la velocidad de la marcha, la disminución del apretón de mano, el incremento de caídas y la disminución de la capacidad para mantener la temperatura corporal. Es consecuencia, en lo fundamental, de la disfunción neuroendocrina e inmunológica relacionada con el envejecimiento y de factores ambientales. La sarcopenia puede ser diagnosticada asociando la talla, el peso corporal, la circunferencia de la pelvis, la fuerza del apretón de mano y los pliegues cutáneos.



Personas frágiles: aquellas personas con un resultado alterado de la prueba de ejecución (SPPB<10 puntos; como alternativa: TUG \geq 20 segundos o velocidad marcha <0,8 m/seg.). Cribado de fragilidad: El primer paso para poder intervenir sobre el deterioro funcional de la persona mayor que vive en la comunidad, es detectar el grupo de población que más se puede beneficiar de una intervención. Escalas de fragilidad: Escalas autor-referidas para valoración de fragilidad. Herramienta SHARE-FI: Se trata del Instrumento de Fragilidad para Atención Primaria de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE-FI). Éste se basa en una modificación de los criterios originales de Fried y Walston, aplicado a una muestra representativa de ciudadanos de 12 países europeos: Austria, Alemania, Suecia, Holanda, **España**, Italia, Francia, Dinamarca, Grecia, Suiza, Bélgica e Israel. La edad oscila entre igual y superior a 50 años y no residentes en instituciones. Cada sexo tiene su calculadora de fragilidad. Se encuentran en la página web de la revista BMC Geriatrics (<http://www.Biomedcentral.com/1471-2318/10/57>). En España se publicó en 2011.

La traducción al español está disponible en: <http://sites.google.com/a/tcd.ie/sharefrailty-instrument-calculators/>. La modificación de los criterios de Fried es la siguiente: 1. Sentirse exhausto: definido como respuesta afirmativa a la pregunta: «en el último mes, ¿ha sentido que no tenía suficiente energía para hacer las cosas que quería hacer?». 2. Pérdida de apetito: «disminución del apetito» durante el último mes o, en ausencia de una respuesta a dicha pregunta, haber estado comiendo «menos de lo habitual». 3. Fuerza muscular de prensión manual: se midió en kg usando el dinamómetro Smedley (S Dynamometer, TTM, Tokyo, 100 kg), de acuerdo con el protocolo de medida publicado por Mohd Hairi et al. Se tomaron dos medidas consecutivas en cada mano y se seleccionó la mayor de las cuatro.

4. Dificultades funcionales: el criterio se consideró presente si hubo una respuesta afirmativa a la pregunta: «a causa de problemas físicos o de salud, le resulta difícil caminar 100 metros o subir un tramo de escalera sin descansar (excluyendo dificultades que crea que puedan durar menos de tres meses)?». 5. Actividad física: se preguntó: «¿Con qué frecuencia lleva a cabo ejercicios físicos que requieran un nivel de actividad moderado, como la jardinería, limpiar el coche o dar un paseo?». Las respuestas se clasificaron de acuerdo al siguiente orden: 1) Más de una vez . Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor: a la semana; 2) Una vez a la semana; 3) De una a tres veces al mes, y 4) Casi nunca, o nunca.

Escala FRAIL: preguntas sencillas y relativa cada una de ellas a un dominio: Fatigabilidad, Resistencia, Deambulaci3n, Comorbilidad y Pérdida de Peso. Cada una de las vale 1 punto. Al igual que con los criterios de Fried, los pacientes se clasifican frágiles cuando suman 3-5 puntos. Cuestionario:

1. **Fatigabilidad:** “¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas te sentiste cansado? “1 = Todo el tiempo, 2 = La mayoría de las veces, 3 = Parte del tiempo, 4 = un poco del tiempo, 5 = En ningún momento”. Las respuestas de “1” o “2” se califican como 1 y todos los demás como 0. Prevalencia basal = 20,1 %
2. **Resistencia:** “¿Tiene alguna dificultad para caminar 10 escalones sin descansar por usted mismo, sin ningún tipo de ayuda? “1 = Sí, 0 = No”. Prevalencia basal = 25,5 %.
3. **Deambulaci3n:** Por tí mismo y no el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros? “1 = Sí, 0 = No”. Prevalencia basal =27,7 %.

4. **Comorbilidad:** para 11 enfermedades, se pregunta: “¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene [la enfermedad]?” “1 = Sí, 0 = No”. Las enfermedades totales (0-11) están recodificados como 0-4 = 0 puntos y 5-11 = 1 punto. Las enfermedades son: hipertensión, diabetes, cáncer (que no sea un cáncer de piel de menor importancia), enfermedad pulmonar crónica, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal. Prevalencia basal = 2,1 %.
5. **Pérdida de peso:** “¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? [peso actual]” y “Hace un año en (MES, AÑO), ¿cuánto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta? [peso hace 1 año]”. El cambio de peso porcentual se calcula como: $[(\text{Peso hace 1 año} - \text{Peso actual}) / \text{Peso hace 1 año}] * 100$. Porcentaje de cambio > 5 (lo que representa un 5% de pérdida de peso) se puntúa como 1 y < 5% como 0. Prevalencia de referencia = 21,0 %.

1.1.1.4. Anciano geriátrico

“Aquel que cumple 3 o más de los siguientes criterios: edad superior a 75 años, presencia de pluripatología relevante, existen patología mental, problemas sociales relacionados con su estado de salud, etc.”. Son personas que se encuentra ya en situaciones de dependencia, ya sea transitoria o permanente. Se clasifica la dependencia según el índice de Barthel de acuerdo con la puntuación. (Salva, 2006 y Granger, 1979).

Analiza 10 categorías diferentes: separa la incontinencia urinaria de la fecal, y divide la movilidad en tres apartados como la deambulación, el traslado sillón-cama y las escaleras. Tiene 3 grados de valoración en cada categoría: dependiente, necesita ayuda, independiente, evaluados de 0 a 15 puntos. Puntuación total de 100 indica independencia para realizar las actividades comentadas sin ayuda. La dependencia se ve en otras puntuaciones: Índice de Barthel. La dependencia transitoria: ictus, fractura de cadera, hospitalización prolongada, etc. Ésta puede revertir con medidas rehabilitadoras.

1.1.1.5. Persona mayor en situación de dependencia

De carácter transitorio o de carácter permanente: Esta persona ya está en situación de dependencia. Aquí nos encontramos con los pacientes geriátricos. Valoramos la dependencia o los grados de dependencia según el índice de Barthel (Salva T., 2006; Granger CV, 1979). La puntuación ya la hemos reflejado anteriormente: con 60 ó más, tenemos dependencia leve; con 45-55, dependencia moderada; con 20-40, dependencia grave; y menos de 20, dependencia total. Aquí nuestro objetivo va a ser evitar la progresión de la dependencia, centrada principalmente en la prevención terciaria, el síndrome geriátrico, prevención de la iatrogenia y del deterioro funcional.

A lo largo de esta investigación iremos viendo muchas veces el índice de Barthel. Valoración de la persona mayor dependiente: la valoración se basa en conocer su capacidad para desarrollar determinadas actividades de la vida diaria (AVD). Estas actividades de la vida diaria son aquellas que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social. Aunque parecen bastante liosas, según Querejeta, diversos autores se han puesto de acuerdo en esta clasificación (Querejeta, 2006).

1.1.1.5.1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente: cuidado de uno mismo (asearse, vestirse y desvestirse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer, beber, etc.) y de funcionamiento físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas. Los índices utilizados son el de Katz y Barthel.

El índice de Barthel fue publicado 1965. Es el preferido por la mayoría de los autores británicos. Se trata de la escala más utilizada para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda y sus complicaciones como la demencia. Su puntuación numérica le confiere una mayor facilidad para el manejo estadístico de los datos y una mayor sensibilidad. Una variación del índice de Barthel tiene un gran valor predictivo sobre la mortalidad, el ingreso hospitalario, la duración de la estancia hospitalaria y la ubicación al alta hospitalaria en pacientes con Accidente cerebro vascular (ACVA). (Barthel, 1965).

Índice de Barthel

Puntos 60 o más	Dependencia leve
Puntos 45-55	Dependencia moderada
Puntos 20-40	Dependencia grave
Puntos < 20	Dependencia total

1.1.1.5.2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

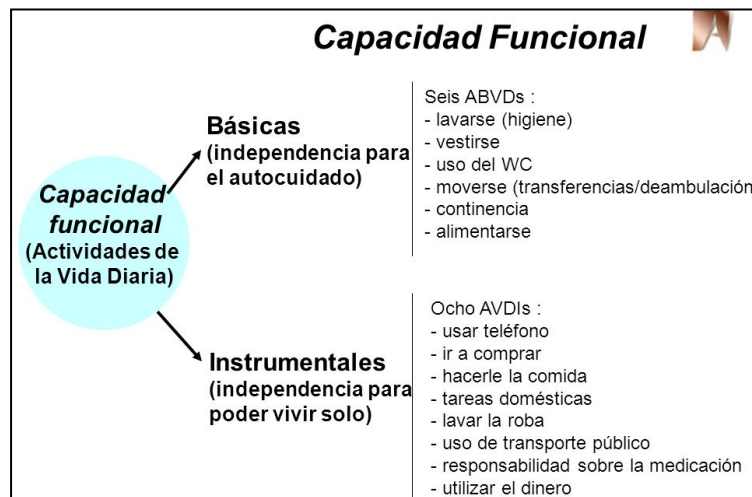
Son las actividades consideradas necesarias para vivir independientemente en la comunidad. Son un poco más complejas y requieren un mayor nivel de autonomía personal. Aquí nos interesa la capacidad de tomar decisiones e interacciones más difíciles con el medio. Incluye: tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, de utilizar el teléfono, de acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir escaleras, coger el autobús, metro o taxi, preparar la propia comida y comprar lo necesario para vivir, y como no, fregar los platos, hacer la cama.

También importa el hecho de poder acudir al médico, hacer papeleos, controlar el dinero, etc. Utilizamos **el índice de Lawton**. Un inconveniente es que mide con excesiva importancia las tareas que realizan habitualmente las mujeres y se olvidan de otras de los hombres como jardinería, “chapuzas”, etc. Debe además, tener en cuenta el sexo, los factores culturales y religiosos que modifican el reparto de tareas. Fue desarrollado en el centro geriátrico de Filadelfia, por lo que también se le conoce como “Philadelphia Geriatric Center Instrumental Activities Daily Living”. Publicado en 1969. Consta de 8 ítems cuya puntuación varía de 0 (máxima dependencia) a 8 (independiente total), en mujeres. En hombres la puntuación varía de 0 a 5. (Lawton y Brody, 1969).

Índice de Lawton

A) Mujeres	B) Hombres
Dependencia total (0-1)	Dependencia total (0)
Dependencia severa (2-3)	Dependencia severa (1)
Dependencia moderada (4-5).....	Dependencia moderada (2-3)
Dependencia leve (6-7)	Dependencia Leve (4)
Autónoma (8).....	Autónomo (5)

Los índices más utilizados son: Los de Katz y Barthel para actividades básicas de la vida diaria y Lawton para actividades instrumentales de la vida diaria. Son muy utilizados en geriatría y son elementales para ver las necesidades de rehabilitación, ayuda y planificación en el alta hospitalaria.



1.1.1.6. Anciano en domicilio

Definiremos anciano en domicilio a aquel que no puede desplazarse al Centro de Salud en un tiempo superior a 3 meses. La característica propia de estos ancianos es que presentan una pérdida de autonomía funcional importante que les impide desplazarse fuera de su domicilio. La atención domiciliaria debe pretender prestar en el domicilio del paciente la misma atención integral, programada y continua, que se ofrece en el Centro de Salud, con la ventaja del acercamiento del personal sanitario al entorno del paciente para la valoración de su estado de salud y sus necesidades.

Dadas las características de esta actividad, la atención socio-sanitaria estará dirigida a la valoración integral del anciano, la valoración de la familia y el domicilio, y a un plan de intervención en anciano, domicilio y familia. Puntualizar que la responsabilidad primera del cuidado del anciano es de la familia, que los profesionales de la salud somos un recurso asistencial y educativo, y que entre todos, familia, sanitarios y sociedad, deberemos potenciar el autocuidado y la independencia del anciano.

1.1.1.6.1. Grupos de ancianos a atender

1. Ancianos con enfermedades crónicas invalidantes. 2. Senilidad. 3. Enfermos en fase terminal 4. Soporte social deficitario 5. Ancianos que no puedan desplazarse por barreras arquitectónicas. 6. Altas hospitalarias: según sea la situación del anciano puede hacerse un programa de visitas domiciliarias hasta que se resuelvan las condiciones que lo precisan.

La atención domiciliaria precisa de una intervención interdisciplinar de los profesionales de Equipo de Atención Primaria: médico, enfermera, y **trabajador social**. Es aconsejable y necesario que la familia se implique y forme equipo en la atención al anciano, siendo indispensable para ello que tenga una persona de referencia en el Centro de Salud. Cada miembro del equipo formado tiene unas funciones específicas que desarrollar para ofrecer una atención integral domiciliaria.

1.1.1.6.2. Factores de riesgo en las personas mayores

Entre los factores de riesgo enumeraremos diez que consideramos de mayor relevancia:

1. Persona mayor de 80 años o más con porcentajes de 70% de dependencia y hasta un 50% de caídas (Saavedra JM, 1995; García et al., 1997). 2. Soporte social deficitario: Vive solo y/o aislado. Viudedad últimos 6 meses y Vive con otro anciano. (Cruz-Jentoft AJ, 1998; INSALUD, 1996; Finch et al., 1992). 3. Caídas: 2 caídas en los últimos 6 meses, que aunque no producen la muerte, si una pérdida de confianza en la independencia funcional. (Nevit et al., 1991; Burke et al., 1998) 4. Déficit sensorial: visual y/o auditivo les lleva a un gran aislamiento social (Benitez et al., 1994). La corrección de estos déficits no suele ser costosa y los beneficios son grandes, por lo que debemos intentar subsanarlos lo antes posible

5. Incontinencia urinaria: Este problema les lleva a una gran repercusión social ya que repercute en el 50% de las personas mayores y uno de los grandes síndromes geriátricos (80%). Es un problema que se puede abordar sin grandes gastos y podemos disminuir su aislamiento social. (Verdejo C., 1997) 6. Pérdida de peso: Índice de masa corporal (IMC) <20. Pérdida del 5% del peso en un mes, o, 10% en 6 meses nos dará malnutrición. Si disminuye en un 15% nos dará una alta mortalidad. (Muñoz et al., 1996; Serra et al., 1997).

7. Deterioro mental: Déficit cognitivo y afectivo. De un 72%-80% son déficit cognitivo leve, como hemos visto anteriormente (Iráizoz I, 1999) y nos pueden pasar desapercibidos por ser asociados con la edad. 8. Hospitalización: Ingreso hospitalario en los últimos 6 meses. Esto influye en el deterioro funcional del anciano y nos da un perfil de fragilidad de dichos ancianos y un gran deterioro en la movilidad. (Capdevila P., 1996; Solano et al., 1997; Cruz-Jentoft, 1998). 9. Polimedicación: Consumo de más de 3 medicamentos y que lo siguen consumiendo después de que se ha revertido el problema. (García et al., 1997) 10. Patología crónica: 1 enfermedad invalidante o más de 2 crónicas (Cruz-Jentoft, 1998). Las más frecuentes son: Parkinson, ACV, IAM, IC, EPOC, Neoplasias y demencias avanzadas.

1.1.1.7. Anciano y el dolor

¿Cómo sienten el dolor las personas mayores? El dolor en ancianos es más frecuente de lo que creemos y está infravalorado. Suelen ser más dolores musculoesqueléticos como dolor neuropático y procesos como artrosis, osteoporosis, neuropatía diabética o neuralgia

postherpética. Estos ancianos son complejos, ya que suelen estar polimedicados y son pluripatológicos. Y con un elevado riesgo cardiovascular y gastrointestinal, por lo que no podemos utilizar antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Para ello, están **las Unidades del Dolor**, que suelen estar mal utilizadas.

A la hora de agrupar datos de estos ancianos se debe tener en cuenta la prevalencia, las características demográficas, la duración de los cuadros, los motivos de consulta, la existencia de otros cuadros asociados, el tratamiento, el impacto en la vida personal y el coste, entre otros.

Prestemos atención, por ejemplo, en el dolor lumbar en el País Vasco, auspiciado por la Osakidetza – Sanidad pública Vasca- El estudio de Pérez Tierno y colaboradores realizaron un estudio transversal estratificado entre 1999-2000 con un muestreo consecutivo entre sujetos de 16-83 años con una encuesta a 264 pacientes con dolor lumbar en Atención Primaria y Especializada, Mutuas, Servicio de Medicina Laboral y Escuelas de Espalda y Unidades del Dolor.

También se realizó la encuesta a 91 controles sanos. Los resultados: la mayoría provenían de la Escuela de Espalda y el porcentaje de mujeres fue mayor en todos los grupos. Se obtuvo una prevalencia de dolor lumbar de 1.050 casos por 10.000 habitantes (10,5%). En la pirámide epidemiológica, donde mostró que la población en el País Vasco era de dos millones de personas mientras que la morbilidad real, entendida como el número de pacientes que habían sufrido dolor lumbar en el último año era de 682.000 casos (33%). Sin embargo, apenas un 10,5 % fueron atendidos en Atención Primaria y sólo un 0,5% fueron derivados a Atención Especializadas.

Podemos dar un perfil del anciano con dolor crónico, aunque Langley y colaboradores lo expusieron en un trabajo publicado en 2011 en Journal of Medical Economic, señala que el 17,2% de la población adulta española (6,1 millones de personas) sufren dolor, de los que el 51,5 % de casos son mujeres. El dolor de espalda es el más frecuente (60,5%), seguido de articular, cervical y de cabeza. Repercuten en el sueño (42,2%) y produce ansiedad en el 40,6% y, además, deriva en depresión en el 24,4%. El 53% debe reducir su actividad social. Los que trabajan por el dolor intenso se ausentan de su puesto de trabajo el 39,3% frente al 3,3% de la población que no padece dolor.

El estudio de PANDHORA, de Montero y cols. y publicado en la Revista de la Sociedad Española del Dolor, evaluó el perfil del paciente que acudía a la primera consulta a Unidades de Dolor de Centros hospitalarios españoles. El 7% acudía sin tratamiento analgésico; con paracetamol el 40%; con AINE el 50% mientras que con opiáceos mayores el porcentaje era 10%.

Existe la escalera analgésica, basada en los niveles propuestos por la OMS, muestra las diferentes opciones que puede tomarse a la hora de manejar el dolor de las personas. Para controlar el dolor se tiene la Escala Visual Analógica (EVA). Si el paciente está bien controlado es menor de cuatro, menos de tres crisis de dolor día y sueño reparador. Para controlar el dolor crónico, el objetivo escalonado es: alivio del dolor nocturno para permitir el descanso reparador y control del dolor tanto en reposo como durante la actividad.

El dolor afecta a todas las esferas de la persona, especialmente las socioeconómicas, las emocionales, las sociales y las funcionales. Si el dolor se mantiene en el tiempo, la persona está deprimida y sus relaciones personales alteradas, no puede dormir bien, su humor y autoestima cambian.

Hay un trabajo de Gil Gregorio y Colaboradores publicado en la Revista Clínica Española en 2007, que manifestó: “el 86,2% de las personas mayores de 75 años sufre dolor según evaluación del médico de Atención Primaria. Otro estudio mostró que el 12% de los adultos sufren dolor crónico, con un 31% lo sufre de forma continua. Subrayo que “el dolor tiene una duración media de 9,1 años”. La mayoría de personas con dolor moderado-intenso no recibe tratamiento analgésico.

Por ello, he querido poner la poesía de José Luis Martín Descalzo:

Nunca podrás, dolor, acorralarme.
 Podrás alzar mis ojos hacia el llanto,
 Secar mi lengua, amordazar mi canto,
 Sajar mi corazón y desguazarme.
 Podrás entre tus rejas encerrarme,
 Destruir los castillos que levanto,
 Ungir todas mis horas con tu espanto.
 Pero nunca podrás acorralarme.
 Puedo amar en el potro de tortura.
 Puedo reír cosido por tus lanzas.
 Puedo ver en la oscura noche oscura.
 Llego, dolor, a donde tú no alcanzas.
 Yo decido mi sangre y su espesura.
 Yo soy dueño de mis esperanzas.

José Luis Martín Descalzo

Se sabe que en la población médica en España existe una “opiofobia”, ya que en otros países como el Reino Unido se utilizan en un 12% o Dinamarca en un 11%, no así en España que se utilizan en un 1%. Existen mitos en relación a los opiáceos. Esos son: que crean adicción, que no se pueden tomar mucho tiempo, que cambian el carácter, que tienen muchos efectos secundarios, etc. Se sabe, que en España, mueren 50.000 personas con dolores que podrían ser evitables. De verdad, ¿no podemos cambiar este panorama? Siempre hay que pensar en la dignidad de estas personas y remediar su sufrimiento.

Existen cuatro tipos de opiáceos: 1. Agonistas puros: morfina, metadona, fentanilo, codeína, Tramadol, Dihidrocodeína, oxicodona, tapentadol. 2. Agonistas/Antagonistas: nalorfina, pentazocina, nalbufina. 3. Agonistas parciales: buprenorfina. 4. Antagonistas: naloxona y naltresona.

ESCALA ANALGÉSICA RECOMENDADA POR LA OMS		
LEVE	MODERADO	DOLOR INTENSO
1. Analgésicos no opioides o AINE	1. Opioides de potencial débil o intermedia	1. Opiode fuerte
2. Coadyuvantes	2. Analgésicos no opioides o AINE	2. Analgésicos no opioide o AINE
	3. Coadyuvantes	3. Coadyuvantes
		4. Manejo invasivo

El dolor. Principios básicos para un control eficaz del dolor: El dolor es un *fenómeno multidimensional* y es en este contexto como hay que evaluarlo. *Creer siempre* al paciente. Evitar retrasos en el tratamiento. *Información* al paciente y familia. *Pautas escalonadas* según la terapia propuesta por la OMS. *Administración regular de analgésicos*: con reloj. Evitar la administración “a demanda” pero no olvidar pautar dosis “de rescate”. Procurar *posturas adecuadas* para evitar el dolor, evitar movimientos innecesarios y tensiones musculares. Crear un *entorno placentero*, cómodo y *familiar*. Ofrecer ocio y entretenimiento. *Estimulación cutánea*: Frio, calor, masajes. *Relajación*. *Revisión continua* de los resultados, utilizando la EVA. (Escala de Valoración del dolor).

ESCALA DEL DOLOR								
ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)								
Dolor								
LEVE			MODERADA				INTENSA	
0	1	2	3	4	5	6	7	8 9 10

El dolor de la persona mayor siempre hay que medirlo y ponerle tratamiento lo antes posible. Si dicen que tiene dolor, lo tienen y hay que eliminarlo. De ello depende su calidad de vida. Y, sobre todo, no fiarnos de edadismos, que aconseja que las personas mayores siempre se están quejando. Cuando dicen que tienen dolor no podemos dejarlos así, tenemos que actuar cuanto antes.

1.1.1.8. Anciano en situación de final de la vida

Son aquellas que están ya en fase terminal con una expectativa de vida inferior a 6 meses (Gómez Pavón, J., 2006; Servicio de Geriátría Hospital Central de la Cruz Roja, 2002). Aquí el índice de Barthel siempre es menor de 20, con unos síntomas muy complejos, intensos y cambiantes. La pérdida funcional progresiva y empeoramiento continuo. Nuestra persona mayor presenta una alta dependencia. Nuestro objetivo va encaminado al confort y bienestar. Estos objetivos serán siempre individualizados y respetando, en todo momento, sus creencias y derechos.

Vamos a detenernos en la fase última de la vida y cuidados paliativos y cómo los enfocamos desde una perspectiva biopsicosocial. Esta es una clase que impartí a los estudiantes de Magisterio en la Universidad Pública de Navarra. Antes estuve en la Clínica San Juan de Dios de Pamplona en cuidados paliativos hablando con su responsable para prepararla, ya que aquí es dónde se cuidan del bien morir, el Dr. Claudio Calvo Espinós. *El final de la vida*: La vida comienza con la fecundación y acaba con la muerte. Ésta la veremos en el capítulo 2.

1.1.1.8.1. Cuidados paliativos

Podríamos definir los Cuidados Paliativos como programas de tratamiento destinados al *cuidado total, activo y continuado del paciente y su familia* por un equipo multiprofesional, cuando la expectativa médica ya no es la curación. Su objetivo primario no es prolongar la supervivencia, sino conseguir la más alta *calidad de vida* presente para el *paciente y su familia*. Deben cubrir las *necesidades físicas, psicológicas y espirituales*. Si es necesario, el apoyo debe extenderse al *duelo*.

Los objetivos serían los siguientes: 1. Proporcionar una *atención adecuada e integral* al paciente terminal y a su entorno familiar, mejorando la calidad técnica de la atención dispensada con especial cuidado al control. *Humanizar* el proceso terminal prestando atención a la persona y favoreciendo una adecuada relación profesional socio-sanitario-paciente-familia que proporcione soporte a las necesidades tanto del paciente como de su entorno familiar.

2. Mejorar la *continuidad de cuidados* a través de una coordinación adecuada y criterios comunes de actuación entre los distintos niveles asistenciales implicados. 3. Limitar las estancias hospitalarias procurando que el paciente reciba una atención técnicamente cualificada en su propio medio familiar. 4. Respetar el deseo de aquellos pacientes y familias que así lo expresen *de permanecer en su medio y morir en casa*.

5. Conjuguar todos los medios disponibles de Atención. Comunicación de malas noticias: Averiguar primero lo que sabe. Averiguar lo que quiere saber. Respetar su decisión o su necesidad de no querer saber. Dar la información de manera gradual. No mentir nunca ni alimentar falsas expectativas Ofrecer nuestro compromiso de soporte. 6. Atender las distintas respuestas emocionales Nunca quitar la esperanza. En la Clínica San Juan de Dios de Pamplona se cuidan de dichos cuidados. Y tiene un Equipo domiciliario, pues ayudan a morir en sus casas. (51% fallecidos en el domicilio en el 2016 y 49% en hospitales) Como podemos apreciar, aumentan los que quieren morir en sus casas y rodeados de los suyos.

1.1.1.8.2. Modelo fásico de Kübler-Ross. Etapas del final de la vida

1. *Negación*: La negación es un mecanismo de defensa frente a la angustia que permite al sujeto vivir como si la muerte, aun cuando está cercana, no tuviese nada que ver con él. Utilizamos la negación como una forma de protección, para lograr un tiempo durante el cual adaptarnos a una triste y dura realidad. Se puede manifestar por: El paciente habla de su proceso y del futuro como si su enfermedad fuera algo banal que fuera a resolverse en corto plazo; evitación de cualquier discusión sobre su diagnóstico.

Consultas a varios especialistas buscando otra opinión. *Sugerencias de intervención*: Respetar y permitir la necesidad de la persona de negar su situación. Intentar reconocer la necesidad que hay detrás de la negación. Evitar tacharles consciente o inconscientemente de “poco valientes”. No mentirles; si nos hacemos cómplices de su negación, perderemos la confianza del enfermo/a cuando éste/a salga de esta fase. No estimular o alentar la negación con expresiones que refuerzan los deseos O expectativas poco realistas del enfermo/a. *Ya verá cómo puede hacer ese viaje que tanto le apetece...* Reconocer si la familia o los profesionales participamos también de la negación del moribundo. *Frustración* por la impotencia que sienten por haber perdido el control de muchos aspectos de su vida y depender para todo de los demás *Resentimiento* surgido de ver cómo sigue adelante la vida de los otros, con el futuro lleno de oportunidades. *Miedo e incertidumbre* en relación a cómo será la muerte, dudas sobre el más allá.

2. *Negociación*. El moribundo, cuando atraviesa esta fase, trata de conseguir la curación o un aplazamiento mediante una negociación con una estancia superior (Dios...). Es el momento de “si me curo...” “Si viviera dos años más, prometo que...” La mayor parte de estos acuerdos o negociaciones permanecen secretos; o a lo sumo son las personas que ofrecen ayuda espiritual los que pueden ser testigos de esta fase.

3. *Depresión* Se trata de una depresión preparatoria ante el fin de la propia vida. Es probablemente la fase más emotiva de todo el proceso, en ella el/la moribundo/a siente la tristeza y el dolor por las distintas pérdidas que está sufriendo (trabajo, autonomía, capacidades, planes de futuro...). Por otro lado, experimenta también el dolor por todas las pérdidas futuras y la separación definitiva de todo lo que les es querido y conocido.

4. *Aceptación.* El moribundo/a puede llegar a una fase, en la que su destino ya no le deprime, ni le enoja y ella que, después de haber podido llorar todas las pérdidas, adopta una actitud de silenciosa espera. El moribundo puede mostrar: Serenidad o, al menos, una relativa tranquilidad. Pocos sentimientos y emociones. Desinterés progresivo por las personas, las situaciones, indiferencia general ante la vida. Pocas ganas de conversar. Necesidad de dormir o dormitar a menudo y en breves intervalos.

1.1.1.8.3. Necesidades psicológicas y espirituales

1. *Necesidad de seguridad.* La proximidad de la muerte suele alterar muy seriamente la necesidad de seguridad de la persona. Las siguientes circunstancias pueden contribuir a disminuir su sensación de amenaza: Saber que *no va a estar sólo* y que no se le va a abandonar. Certeza de que se van a utilizar todos los medios disponibles para *aliviar toda la sintomatología* que vaya surgiendo. *Confianza en la competencia* de los profesionales que le atienden. *Información adecuada* sobre su situación. La incertidumbre y la ambigüedad pueden producir más angustia que la propia verdad.

2. *Necesidad de autoestima.* Las personas necesitamos sentirnos competentes, útiles y valorarnos positivamente. La enfermedad terminal supone casi siempre una pérdida progresiva de capacidades. Esto puede contribuir, sobre todo en las personas muy independientes, a un sentimiento de autodesprecio de inutilidad o de ser una carga para la familia y los profesionales. Podemos contribuir a mejorar la autoestima del moribundo en la medida en que favorecemos su autonomía en las actividades de la vida diaria todo el tiempo que sea posible, le permitimos participar en las decisiones relativas a sus cuidados y le tratamos y valoramos por lo que es, y no por lo que es capaz de hacer.

3. *Necesidad de resolver asuntos pendientes.* Las personas cercanas a la muerte suelen tomar conciencia de algunas situaciones de su vida que están inacabadas, incompletas o no resueltas. A medida que se acerca el final puede sentir a la necesidad de solucionar o cerrar estos asuntos para morir en paz. Pueden necesitar: Perdonarse a sí mismas o reconciliarse con lo que ha sido su vida.

4. *Necesidad de despedirse tranquilo y familiar.* Reconciliarse con alguna persona; Expresar sus últimas voluntades: herencias, cuidado de hijos, padres, empresa, etc. La persona en final de vida puede tener necesidad de despedirse de sus seres queridos, de decir adiós. Muchas veces, utilizarán un lenguaje simbólico para hacerlo, nos hablarán de ir a casa, de un viaje... Podemos ayudarles si instruimos a la familia para que esté atenta a este tipo de mensajes del moribundo/a.

Podemos también estimular y facilitar la despedida de los seres queridos. Comentar a la familia que es natural y normal emocionarse en esos momentos. Recordar que todo esto puede contribuir a facilitar más adelante un proceso normal de duelo. *“Atención a la persona en*

situación terminal y a su familia “atender en todo momento sus necesidades espirituales. En las situaciones de enfermedad y muerte cercana es donde suele ponerse más de manifiesto la dimensión espiritual del ser humano.

El moribundo experimenta la propia limitación y fragilidad y se plantea casi invariablemente una serie de cuestiones sobre el porqué y el para qué de la vida, el dolor, la enfermedad y la muerte. 5. *Necesidad de amor y pertenencia* El/la moribundo/a sufre a menudo un aislamiento relacional y social. En especial cuando todo el mundo se comporta como si en realidad no fuera a morir: minimizando la gravedad de la situación, desviando las conversaciones hacia temas triviales, cortando cualquier expresión emocional... La disminución de las visitas de familiares y amigos y del propio personal sanitario pueden contribuir también a la sensación de aislamiento del moribundo/a. Puede ayudarle a satisfacer su necesidad de amor y pertenencia: La compañía y el afecto de sus seres queridos.

Cuando se le permite mostrar su afecto y su cariño y compartir sus pensamientos, emociones, temores... Cuando es tratado con amabilidad, delicadeza, interés genuino y respeto por el personal que le atiende. 6. *Necesidad de silencio y de intimidad* La persona en su final de vida necesita también momentos de silencio, de comunicación intrapersonal. Son momentos necesarios para repasar su vida, para ponerse en orden, para escucharse a sí mismos... Pueden expresar de manera no verbal esta necesidad cerrando los ojos, dándose la vuelta ella cama cuando alguien les habla... Es a veces la propia familia la que no les permite estos momentos de intimidad, cuando no les dejan nunca solos, les hablan sin cesar, exceso de visitas o celo en el cuidado...

1.1.1.8.4. Agonía

En los últimos día aparece astenia profunda, somnolencia o coma, respiración irregular o estertorosa, incontinencia, confusión, el moribundo deja de comer y de beber... Esta situación suele producir un gran impacto en la familia y puede precipitar el ingreso del moribundo en el hospital. Para favorecer la posibilidad de que el moribundo fallezca en su domicilio será necesario un adecuado control de síntomas e intensificar el apoyo psicoemocional tanto al paciente como a la familia.

Pautas generales de intervención ante el final de la vida: Avisar a la familia de la proximidad de la muerte. Explicarles con anterioridad el proceso, intentando normalizar la situación. Cualquier circunstancia produce mucho menos impacto si sabemos de antemano que puede suceder. Retirar todos los fármacos que no son imprescindibles. No retirar los opioides si estaban pautados, aunque en las últimas horas la dosis de puede reducir a la mitad. Suspender curas, cambios posturales.

Tratamientos sencillos y aplicables por la familia. Favorecer que la familia participe activamente en los cuidados finales puede contribuir a disminuir los sentimientos de impotencia que suelen aparecer en estos momentos. Revisar continuamente la situación tanto del paciente como de la familia. Si no es posible la vía oral, considerar la vía subcutánea como la más adecuada para la administración del tratamiento. En caso de presentarse estertores agónicos, tranquilizar a la familia. Facilitarle algunas claves de cómo comunicarse con el moribundo. La sedación: Se trata de una medida extrema a utilizar en casos muy especiales, como puede ser una hemorragia masiva

Objetivos de la atención familiar: 1. *Educativo:* Capacitación de la familia para que pueda atender al enfermo/a de forma eficiente, tanto en los cuidados básicos como en los aspectos emocionales. 2. *De ayuda:* Facilitación del soporte necesario, tanto psicológico como de provisión de recursos, para evitar su cansancio y desbordamiento (claudicación familiar). 3. *Preventivo:* Capacitación de la familia: Los aspectos en los que la familia debe tener intervenciones claras y precisas, y por tanto requieren de una actuación educativa por parte de los profesionales, son: Cuidados generales: Alimentación, higiene, comodidad, eliminación, movilidad... Aplicación de cuidados específicos: cambios posturales, curas...administración de fármacos. Pautas de actuación ante situaciones nuevas o críticas: coma, crisis de pánico e incontinencia, agitación psicomotriz, agonía...Orientaciones para la comunicación con el enfermo: actitud receptiva, importancia de la comunicación no verbal.

Claudicación familiar: Entendemos por claudicación familiar la *incapacidad* de sus miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente, que se refleja en la *dificultad de mantener* una *comunicación positiva* con el paciente, con el equipo de cuidados y entre los miembros sanos de la unidad familiar. *Indicadores de estrés familiar:* Negación. Conspiración de silencio. Sobreprotección: anulación de la capacidad del enfermo/a. Rivalidad entre cuidadores: ansiedad/culpa. Exceso de realismo (“para qué”). Infantilización. Aislamiento social. Reivindicación: demanda desmesurada, reproches, exigencias, agresividad en el trato. Incertidumbre: angustia por no saber qué va a suceder en realidad.

1.1.1.8.5. Derechos de la persona en situación terminal

1. Ser tratado como persona humana hasta el final de su vida.
2. Recibir una atención personalizada.
3. Participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se le han de aplicar
4. Que se le apliquen los medios necesarios para combatir el dolor.
5. Recibir respuesta adecuada y honesta a sus preguntas, dándole toda la información que pueda asumir e integrar.
6. Mantener su jerarquía de valores y no ser discriminado por el hecho de que sus decisiones puedan ser distintas a las de quienes le atiendan
7. Mantener y expresar su fe. Desde la libertad religiosa y de conciencia
8. Ser tratados por profesionales competentes, capacitados para la comunicación y que puedan ayudarle a enfrentarse con su muerte. Es importante que el enfermo se sienta cuidado y querido.

1.2. DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

La dimensión psicológica estudia a las personas mayores desde un enfoque del comportamiento como la motivación, la lengua, la memoria, la inteligencia, las estrategias de afrontamiento, las consecuencias del envejecimiento del sistema motor y sensorio-perceptivo, además de los trastornos mentales.

La psicología del envejecimiento lo vamos a estudiar desde la perspectiva de la *psicología evolutiva del ciclo vital*. Ésta subraya que dicho desarrollo continúa hasta el final de la vida. Es decir, que interviene en el comportamiento de hábitos de las personas de edad avanzada, para aumentar su bienestar y su calidad de vida.

Vemos que los geropsicólogos intervienen en: problemas de interacción social, autocuidado, depresión, ansiedad, mantenimiento y mejora del funcionamiento cognitivo de las personas con demencia, problemas de salud, de insomnio y de alcoholismo. Además otros problemas que sufren las personas mayores: la familia, la rehabilitación de las personas mayores con discapacidad, la adaptación al entorno, los maltratos a ancianos y a los cuidados que se les debe prestar. Además de problemas de ansiedad, estrés, depresión, etc.

Hay números estereotipos sobre la vejez que son negativos. Estos prejuicios negativos sobre las personas mayores hacen mucho daño, ya que los mismos, terminan por creérselos y actúan como esperan que lo hagan ellos. Veamos algunos estereotipos sobre los ancianos: “*la vejez es el momento de descansar después de toda la vida dedicada al trabajo*”, “*la mayoría después de los 65 años sufren un deterioro de la salud*”, “*casi es imposible que la persona mayor pueda aprender cosas nuevas*”, etc. También, como ya hemos dicho anteriormente, creen que es un grupo homogéneo.

Nada más equivocado, ya que la vejez, se caracteriza por la heterogeneidad y las diferencias entre los individuos. Esto se ha visto, en estudios científicos con gemelos de edad avanzada. Por ello, la psicología ha utilizado instrumentos, como las escalas de diferencia semántica y las escalas de tipo Likert, con los que obtenemos datos para estudiar los estereotipos.

La edad psicológica se refiere a la capacidad adaptativa de los individuos. Este concepto es más dinámico que la edad cronológica. La edad psicológica se considera como el rendimiento típico y máximo de un individuo o grupo de individuos ante una serie de tareas en un momento dado de su curso vital. La mejor conocida es la *edad mental*, que la medimos con tests psicométricos, con lo que conseguimos el cociente intelectual de una persona.

Los exponentes de la psicología evolutiva son Baltes y Smith. Por lo que el envejecimiento se convierte en un producto de la interacción entre el individuo y el ambiente. La psicología evolutiva del ciclo vital habla de desarrollo durante la vejez. Aquí podemos ver, que no siempre hay pérdidas en la vejez, que también tenemos algunas ganancias. Se encuentran resultados que se ve un progreso evolutivo favorable según se van cumpliendo años.

Tenemos muchos ejemplos de personas que en la etapa de la vejez, han seguido produciendo obras y han ganado en madurez de dichas obras. Ejemplo: Picasso. Por ello, los científicos observan que en la vejez hay innovaciones y progresos en diferentes dimensiones del comportamiento. Todos sabemos que los factores biológicos y culturales no actúan en todos los individuos de igual manera. Y en cada momento de la persona, podemos encontrar logros

positivos y negativos, no sólo en la vejez. Aquí, sabemos, que las pérdidas son más notables que las ganancias, pero éstas existen. (Bueno Martínez et al., *Psicología del envejecimiento en Geriatría desde el principio*, 2001, p. 55).

Las enfermedades psiquiátricas son el paradigma de alteración de la salud entendida desde la perspectiva: biológica, psicológica y social. Su atención desborda el ámbito sanitario. Implicaciones: sanitarias, sociales, familiares, labores y legales. Las enfermedades mentales son un problema sanitario y social de primera magnitud por su gran prevalencia y por la profunda alteración que ocasionan en las personas que las padecen y en las familias.

Estudiaremos el deterioro cognitivo o cognoscitivo, que refleja una disminución del rendimiento de al menos una de las capacidades mentales o intelectuales (memoria, lenguaje, orientación, pensamiento abstracto, etc.) Este concepto es más un concepto clínico (sindrómico) que psicométrico.

Como veremos con el Miniexamen cognoscitivo (MEC) según la puntuación nos sugerirá deterioro cognoscitivo (DC). Enumeraremos las causas más frecuentes: envejecimiento, enfermedades psiquiátricas (depresión), patología cerebrovascular enfermedades degenerativas (demencia, Parkinson, etc.) y sistémicas. En la clínica diaria utilizamos los conceptos de AMAE y DECAE:

- **AMAE** (Alteración de la memoria asociada a la edad): son personas mayores de 50 años con quejas de pérdida aislada de memoria, pero con normalidad en los test cognitivos breves. Es un déficit cognitivo muy leve.
- **DECAE** (deterioro cognitivo asociado a la edad): defectos de memoria y una o más de las siguientes tareas afectadas directamente: atención y concentración, pensamiento, lenguaje y función viso-espacial. Puntúa alrededor de 24, pero se puede estabilizar o evolucionar a demencia. La alteración o deterioro cognitivo del anciano sin demencia se refieren a los olvidos seniles benignos y amnesias benignas de la vejez.

1.2.1. Psicología de la vejez

El envejecer es un proceso natural que comienza desde el momento de la concepción y continúa toda la vida. La calidad de esa vida, depende de la persona. Por ello, no todos envejecemos de la misma forma. La vejez se define, como vemos, por condiciones física, funcionales, mentales y de salud. Por ello, envejecemos por varias causas, por factores psicológicos y evolutivos (Guerra Villarpanda, 2012).

Lo que menos influye es determinado por aspectos biológicos. La vejez se produce en el individuo, pero se condiciona por la sociedad, la calidad y los modos de vida. Cuántas veces hemos repetido y lo veremos en Cicerón, que ser viejo se aprende desde joven. La imagen negativa que algunas personas mayores tienen de sí mismos, es por ser víctimas de sus propios prejuicios (Ortiz de la Huerta, 2004).

Se necesita enfatizar la autonomía para evitar la depresión. Debemos animarles para que disfruten de la vida, de los placeres que aún pueden obtener y vivir con ilusión. La familia del anciano juega un papel importante en su bienestar emocional. Deben apoyarlo y cuidarlo y darle compañía, brindarle afecto y agradecerle las pequeñas aportaciones que haga a la familia en

forma de ayuda con los niños o en dinero. El abuelo/a ofrece una conexión con dos mundos, y los nietos lo valoran. Como veremos más adelante, hasta neuronalmente se benefician del contacto con los nietos. Pero el problema llega, cuando los hijos trabajan y no pueden ofrecerles ese apoyo incondicional. Para el anciano, su familia es lo primero.

El proceso de la vejez conlleva la integración de todas las demás etapas y con el alcance de esta etapa se consigue la integridad del ser. La etapa de la vejez se presenta con una disminución de fuerza física y salud. La persona está en una etapa que busca obligaciones sociales y cívicas que le satisfagan física y socialmente. Según Robert Havighurst, la persona mayor busca relacionarse con grupos de edad similar. Es lo que llama la psicología evolutiva (Teoría psicología evolutiva), donde la persona mayor se ajusta a sus nuevos papeles, ya sean de ámbito laboral, vivienda o vida.

Intenta con ello, encontrar compañía y amistad, utilizar el tiempo libre de manera placentera, establecer nuevos roles en la familia y lograr la comprensión de su vida mediante la integración. Según Daniel Levinson, 1978, puntualiza que el periodo de transición a la vejez, se da desde los 60-65 años (Teoría de transición de la vejez). A los 65 años se da la etapa de la vejez, en la que el anciano confronta el yo y la vida. Esta etapa se extiende hasta los 85 años.

La persona necesita este tiempo para hacer las paces con el mundo, y sobre todo, con el mundo más cercano; el de su familia. Según Belski (2001), se juzga a la vejez por los estilos de vida de los jóvenes. Por lo que Ericson plantea que la batalla entre la integridad y la desesperación culmina cuando la libertad se alcanzó en etapas más tempranas, y entonces, se obtiene una resolución positiva o la desesperación de la vida.

El anciano sabe que ya no es el centro de la vida, por ello busca desesperadamente la relación con la sociedad y con la familia. Ha perdido su autoridad y su poder. Ya no es la generación dominante. Pero puede que aun tenga algo que ofrecer a esta sociedad y busca por ello involucrarse en el trabajo y en el cuidado de los nietos. En este periodo se tiene una abundancia de tiempo para sí (Fromm, 1985). Aquí se reconocen las oportunidades que la vida todavía puede ofrecer. Es el momento de pensar en uno mismo, en su propia individualidad. Hay que aprender a relajarse y escuchar al cuerpo y a los sentimientos.

La persona mayor enmarca su atención al presente. Escucha cómo puede dar y recibir; observa el presente y busca un futuro cercano donde autorrealizarse. Escucha e interactúa con otros sobre sentimientos y esperanzas. Acepta los retos del día a día. Y esta experiencia le produce alegría y le facilita el ligarse a la vida. Busca el interior y el reírse, el tener amigos, el acercamiento familiar, el tener una actividad física, etc. Todo ello, sabe que lo salva de caer en las garras de la depresión. Y, por ello, se agarra con todas sus fuerzas a la vida. Esto le da una perspectiva sana de la vejez.

1.2.1.1. Teorías psicosociales de la vejez

Existen varias teorías para comprender el proceso de envejecer, según sus intereses, necesidades y estilos de vida.

- 1. Teoría de la actividad.** Nos habla de que un estilo de vida activo ejerce un efecto positivo sobre la sensación de bienestar y la satisfacción con su edad. Evita la inutilidad. En este proceso se des-considera los cambios por salud, personalidad y niveles de actividad.

2. **Teoría de la separación.** Nos dice que cuando se va envejeciendo se tiene tendencia a alejarse social y psicológicamente, del ambiente, de las actividades sociales y de las personas. Esto conlleva a la incapacidad mental y física de las personas. Esto ocurre porque la persona mayor se aísla emocionalmente para refugiarse en sus propios pensamientos y sentimientos y de todo aquello que le provoca estrés y obligaciones, tanto familiares como comunitarias (Cumming & Henry, 1997).
3. **Teoría de la personalidad y del estilo de vida.** Existe una relación entre el tipo de personalidad y los patrones de envejecimiento. Se cree que la persona busca estilos de vida que en etapas anteriores le habían ido bien (Neugarten, 1997). Existen: 1. La *personalidad integrada*, son personas mayores que son reorganizadoras, que sustituyen unas actividades por otras. 2. La *personalidad desligada* en la que su integrada y alta satisfacción por la vida limita su actividad por ser baja y preferir alejarse voluntariamente. 3. La *personalidad centrada* que presenta una integrada y alta satisfacción por la vida. Son selectivas en las actividades y obtienen placer en ellas. Aquí también tienen cabida los de 4. *coraza defensiva*, los que pretenden mantener los patrones de la mediana edad. Muestran un nivel alto de actividad. Y les da mucha satisfacción en la vida. 5. *Los pasivos dependientes*, que buscan constantemente el auxilio y son apáticos. Son dependientes y buscan a alguien que les satisfaga esas necesidades emocionales y materiales. Tiene poca actividad y se han aislado. Son los que componen el sobrenombre de “*la mecedora*”. 6. *Los desintegrados o desorganizados*, son los que muestran defectos en las funciones psicológicas. Tienen deterioro de los procesos de pensamientos y de sentimientos.
4. **Teoría del intercambio.** Las personas mayores más necesitadas son las que pierden más poder y aquellos que deben satisfacer sus necesidades, adquieren un gran poder. El intercambio social ocurre en aspectos financieros, psicológicos y en cubrir necesidades de la vida diaria.
5. **Teoría de la reconstrucción social.** Las personas mayores construyen lo que necesitan, facilitándose autorregulación (Kuypers y Bengston, 1997). Culpan a la sociedad, de la pérdida de roles, ya que le ofrecen información escasa. Les priva de su identidad, haciéndoles perder el sentido de quiénes son. Les trata de incompetentes, cuando es ella misma, la que les aleja de sus habilidades. Les etiquetan y les estigmatizan y terminan haciendo lo que la sociedad les reprocha y espera. Las personas mayores pueden cambiar y romper este círculo y eliminar la idea de que sólo el trabajo es la fuente del valor de la persona. La persona es algo más que lo que trabaja.

1.2.2. Salud Mental

No sólo es ausencia de trastorno mental. Abarca: Bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia, la autorrealización de las capacidades, tanto intelectuales como emocionales. La Ley General de Sanidad de 1986: Objetivos generales: “*identificar la atención y el cuidado al paciente de salud mental y conocer cómo se clasifican los diferentes trastornos mentales*”.

Los objetivos de la salud mental: 1. Evitar la enfermedad mental 2. Diagnosticar su procedencia para detener su evolución 3. Conseguir que el enfermo psíquico se integre en la sociedad. La falta de salud mental, en sus múltiples manifestaciones, es uno de los problemas más importantes de las sociedades desarrolladas, existiendo una conciencia creciente por parte de los gobiernos y la sociedad en general de que la salud mental es primordial para el desarrollo humano, social y económico de los países.

Por otra parte, y en nuestro entorno, al menos un 9% de la población padece actualmente un trastorno mental y al menos un 15% lo padecerá a lo largo de su vida. Los trastornos mentales constituyen la carga más importante de enfermedad y discapacidad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. En consonancia con estos datos, los gobiernos europeos están empezando a considerar los trastornos mentales como un problema de salud pública y a asumir la salud mental como un objetivo estratégico en los planes nacionales de salud. Lo veremos en el capítulo dedicado a Navarra, dónde se desarrolla esta investigación.

1.2.2.1. Causas de falta de salud mental

Lo físico y lo psíquico está íntimamente relacionado. Todo lo físico influye en lo psíquico y a la inversa. Por ello, el envejecimiento se notará sobre todo en el sistema nervioso central, que se verá afectado por múltiples factores. El envejecimiento del sistema nervioso central es multifactorial con causas endógenas y exógenas. 1. Las causas endógenas expresan cambios en la neurotransmisión, disminuyendo la catecolamina y la noradrenalina hasta un 40%, cambios biológicos, modificando el funcionamiento de los órganos y sistemas. Con el tiempo, el cerebro pierde peso, se ensanchan los surcos y se adelgazan las circunvalaciones. Disminuyen las neuronas. Éstas se hinchan y pierden sus terminaciones dendríticas y se desconectan del resto del sistema. Veremos como en los procesos demenciales están alteradas las placas seniles o la degeneración neurofibrilar y granulovacuolar. Otros cambios extraneuronales son el aumento de la resistencia vascular periférica, la formación de ateroma, etc. (Herrero Velasco, 1985). 2. Las causas exógenas son los factores climáticos, el consumo de alcohol, de tabaco, drogas, fármacos, exposición a las radiaciones, al estrés social, et. Todo ello puede alterar el funcionamiento de las células nerviosas.

1.2.2.2. Factores de riesgo de salud mental: biológicos, psicológicos y sociales.

Para: 1. evitar la enfermedad, 2. diagnosticar su procedencia para detener su evolución y 3. conseguir que el enfermo se integre en la sociedad.

Los factores de riesgo de la salud mental pueden variar a lo largo de la vida de un individuo, por lo que una variable puede ser considerada un factor de riesgo en un determinado momento del desarrollo pero puede dejar de serlo en un estadio posterior. Pueden ser de naturaleza biológica o psicológica y pueden residir en el individuo, en la familia, en las instituciones o en la comunidad.

Algunos factores de riesgo son específicos para un trastorno, otros son comunes a la mayoría de trastornos mentales. Los factores sociales, económicos y demográficos, el entorno familiar y ambiental, o la presencia de enfermedades físicas importantes; todos ellos son determinantes en la prevalencia (duración), aparición (incidencia) y desarrollo de los trastornos mentales.

La edad es un importante factor: En la infancia y adolescencia son los grupos de las dislexias o los trastornos hiperkinéticos. Adultos es la depresión aumenta con la edad. El género también tiene diferencias: Los niños en periodo prenatal y los primeros diez años, son más vulnerables a factores de estrés físico y psicosociales, que las niñas. En la siguiente década se invierten, siendo las niñas las que parecen más vulnerables a factores psicosociales estresantes.

En otras, son los hombres lo más vulnerables. La comorbilidad es más frecuente en la población femenina.

Entre los factores familiares: desventajas sociales, las relaciones muy conflictivas entre los padres, madres con trastorno mental, padre con importantes trastornos de conducta sobre todo si implican intervenciones de la justicia. Los factores como la predisposición genética, la personalidad y las aptitudes de afrontamiento, que interviene en la génesis de los trastornos mentales.. Vivir en un área con una importante desorganización comunitaria incrementa asimismo el riesgo de trastorno mental, especialmente durante la infancia (La escuela).

Los problemas de salud mental se relacionan a menudo con el desempleo, marginación y exclusión social, falta de techo y abuso de alcohol y droga, violencia de género y violencia social.. Muestra de ello, es hoy la Unión Europea. **Una buena salud mental** contribuye a la calidad de vida, a la inclusión social ya la plena participación social y económica de la persona. Atención comunitaria en el entorno familiar: Las enfermedades mentales de los padres representan un riesgo para los hijos que conviven con ellos: Puede ser heredado y Puede ser influido por el ambiente familiar. **Factores de riesgo en la familia:** 1. Maltrato físico y psicológico, 2. Historia de violencia en la familia, 3. Abuso de alcohol o drogas por familiares, 4. Desestructuración /conflicto familiar. 5. Haber sido víctima de abuso.

6. Ausencia de expectativas claras. 7. Ausencia de normas claras de comportamiento **Atención comunitaria en el entorno laboral.** La promoción de salud en el lugar de trabajo consiste en aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas. ¿Cuántas horas estamos en el trabajo?: 1/3 del día. ¿Cuántos días a la semana?: 5 días. ¿Cuántos años?: ¡¡¡40!!! por lo que debemos cuidar la salud en el entorno laboral. Las personas con Trastorno Mental tienen mayores tasas de desempleo que las personas con discapacidades físicas. Desarrollar programas de empresas saludables.

1.2.3. Trastorno mental grave

“Un conjunto de personas con entidades clínico-psiquiátricas diferentes, pero además, presentan unos problemas comunes derivados de la discapacidad producida por la enfermedad mental. Así transcendemos el diagnóstico clínico, teniendo en cuenta otros parámetros, sanitarios y socio-sanitarios, como base para organizar la atención, en cuanto a procedimientos e intervenciones, que dichas personas necesitan.

1.2.3.1. Paciente con trastorno mental grave

Aquella persona que presenta una sintomatología de características psicóticas y /o prepsicóticas que: 1. Produce problemas de captación y comprensión de la realidad 2. Distorsiona la relación con los otros 3. Supone o puede suponer un riesgo para su salud, 4. Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo). **Paciente mental grave:** “Este tipo de pacientes presenta una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa”. Necesita una intervención compleja comprendiendo: 1. Atención sanitaria directa con intervención biológica, psicológica y de rehabilitación. 2. Aplicaciones sobre el medio social y de apoyo a la familia. 3. Atención intersectorial: laboral, social, educativa y judicial.

1.2.3.2. Concepto de anormalidad

Se define como la presencia de alteraciones o disfunciones biológicas. Los conceptos de anormalidad y de normalidad como los dos polos de un continuo para superar los enfoques clásicos que se acentuaban las diferencias entre la conducta normal y la anormal. Criterio de anormalidad: 1. Criterio Estadísticos, 2. Criterios Clínicos, 3. Criterios Sociales o interpersonales, 4. Criterios Subjetivos o intrapsíquicos y 5. Criterios biológicos.

Definen **la anormalidad psicológica** a partir de 2 supuestos: 1. El supuesto de frecuencia y de continuidad 2. Evaluación del paciente y se basan en la delimitación de conjuntos de síntomas que se identifican con trastornos o cuadros psicopatológicos. Éstos definen la conducta como anormal sobre la base de la presencia de síntomas. Anormal o psicopatológico es todo aquello que cumple los criterios definidos por esta anormalidad. 3. Anormalidad es una cuestión de normativa social: determina el carácter psicopatológico de una conducta, rasgo o actividad depende del consenso social en un momento y lugar dados. Variables socioculturales. Investigación transcultural valora la realidad cultural del comportamiento humano 4. Es el individuo quien mejor lo dictamina. Criterio alguedónico: la anormalidad según la presencia de sentimientos de sufrimiento, incomodidad o malestar personales a que a menudo se traduce manifestaciones verbales y comportamiento tales como quejas por la propia infelicidad, por la incapacidad de afrontar un problema. Otro concepto Subjetivo sería la “petición de ayuda”...profesional. 5. Los diferentes trastornos psicopatológicos son expresiones de alteraciones o disfunciones del funcionamiento de la estructura o del proceso biológico que los sustenta

1.2.3.3. Términos afines en los trastornos mentales

Psicopatología: hace referencia a la psique que sufre o que está enferma. “Es el estudio sistemático y científico de la etiología, sintomatología y proceso de la conducta anormal”. (Lemos 2000) y “Aquella disciplina que se ocupa de los seres humanos que, a causa de sus características psicológicas, tienen dificultades para su realización biológica y personal”. Monedero (1996).

Relación entre psicopatología y psiquiatría: **Psicopatología**: una disciplina científica basada en la etiología y evolución de los trastornos mentales. Es una ciencia básica que intenta establecer conceptos y leyes generales. Su objetivo es la explicación científica. **Psiquiatría**: Es una práctica médica que pone el énfasis en el sujeto enfermo, individual. Es una disciplina esencialmente aplicada que busca sus conocimientos en la Psicopatología. Su objetivo es la dimensión terapéutica

1.2.4. Equipo de salud mental del área

El servicio está formado por diversas unidades operativas existentes que prestan servicios de A.E. En Salud Mental en el ámbito geográfico definido como área sanitaria. Características. Ser único en el ámbito geográfico que se le asigna. Ser multidisciplinar. Ser interdisciplinar. Desarrollan su actividad en forma: a) ambulatoria y b) hospitalaria. Se relacionan: con los equipos de A.P., con los restos de servicios de especializada y los servicios de atención especializada a la salud mental cuyo ámbito de cobertura sea superior al área sanitaria (nivel terciario).

Grupos interdisciplinarios: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, **trabajadores sociales**, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, técnicos de rehabilitación, administrativos. **Red psiquiátrica asistencial del sistema público nacional:** centro de atención primaria, centro de salud mental, unidades ambulatorias, estructuras intermedias, hospitales y centros de días, unidades de tratamiento de drogodependencia, unidades residenciales rehabilitadoras, unidades de salud mental integradas en los hospitales generales, hospitales psiquiátricos y atención primaria. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Abril 1985): *“Los cuidados generales de la salud (y de la S. M.) se ordenan atendiendo a dos grandes niveles interdependientes. Cuidados de atención primaria y cuidados especializados, entendiendo básicamente estos últimos como estructuras de apoyo a nivel primario. En consecuencia, los equipos de atención a la salud mental actuarán de soporte y apoyo de los equipos básicos de salud”*.

1.2.4.1. Funciones de los equipos de Atención Primaria

Identificar los trastornos psicoemocionales y los componentes de los trastornos en general y Discriminar y definir el tipo adecuado de intervención, ya sea: Atención y seguimiento propio. Atención con asesoramiento del equipo especializado. Derivación a nivel especializado. Colaborar en los equipos especializados en cuanto a asesoramiento, derivación, seguimiento y rehabilitación de los pacientes. Practicar en la elaboración y desarrollo de programas de protección y prevención para la población de riesgo.

1.2.4.2. Unidades ambulatorias

Constituyen el soporte fundamental de la atención especializada a la salud mental y el apoyo más directo a los equipos de atención primaria en cada área sanitaria. Funciones de los equipos de atención ambulatoria:

1. desarrollo de actividades de apoyo a los equipos de atención primaria: a). Desarrollo de protocolos de derivación, b). potenciación de las interconsultas, c). Apoyo y participación en el desarrollo de programas preventivos y de promoción de la salud mental. d). Incentivación a los equipos de A.P. Para que asuman el tratamiento de aquellos problemas accesibles al nivel primario, colaborando como experto en la formación de los mismos.

2. Actividades asistenciales y rehabilitadoras: 1. Atención a los pacientes derivados de los servicios de A.P., 2. Seguimiento a los pacientes dados de alta por los servicios de hospitalización.

3. Desarrollo de programas específicos que consideran necesarios para disminuir la hospitalización.

4. Favorecimiento de la rehabilitación de pacientes con trastornos mentales severos en colaboración con los distintos servicios de la red. 3. actividades de formación de investigación que afectan a los distintos campos de la salud mental (clínico, penal, epidemiológico o comunitario: 1. Programas de A.S. M. Infanto-Juvenil. 2. programa de A. Drogodependencia 3. Programa de S. Mental en la Vejez 4. Psiquiatría Penal

1.2.4.3 Hospitalización domiciliaria

“Un conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría ese mismo paciente en el hospital convencional”. Se ha comprobado que el domicilio y el entorno del paciente acelera el proceso de recuperación, con menor iatrogenia y menor coste social. El domicilio con el apoyo sanitario y social adecuado es en muchos casos el “Mejor Lugar Terapéutico” y la opción más deseada por el paciente y su familia.

Su misión sería la calidad asistencial consiguiendo mantener o reubicar precozmente en el domicilio al mayor número posible de pacientes que lo necesiten y que lo deseen, mediante un soporte asistencial especializado. Actuará como equipo de soporte del Hospital de Agudos, del A. P. Y como unidad de valoración y ubicación de pacientes en su mejor “lugar terapéutico” a demanda de cualquier dispositivo de la comunidad. Los profesionales que componen la estructura de HAD: médico coordinador, médico asistencial, supervisión de enfermería, Enfermería asistencial, A.E., auxiliares administrativos, fisioterapeuta y T. Social. Enfermera / facultativo:::3/1. La financiación es pública y todos los servicios son gratuitos. Funcionan los 365 días y desde la 8h a las 22h: de 8 -15 en régimen diurno y de 15-22 de guardias localizadas. El paciente siempre dispone de un nº de teléfono de urgencia y de acceso gratuito a una ambulancia en caso de traslado al hospital.

1.2.4.4. Unidades intermedias

1. Centros de día. 2. Hospitalización en unidades de agudos. 3. Unidades residenciales rehabilitadoras- rehabilitación psicosocial. 4. Unidades de salud mental integradas en los hospitales generales. Funciones principales: a) Desarrollo de programas asistenciales que permitan proporcionar cuidados intensivos a pacientes con alteraciones severas, remitidos bien desde los servicios ambulatorios, bien desde las unidades de hospitalización corta y media-larga estancia. b) Desarrollo de programas de rehabilitación, así como actividades centradas en pacientes crónicos que les permitan disponer de un mejor soporte social. 2. Hospitalización en unidades de agudos: Presentar un trastorno mental severo.

Si es imposible en los servicios ambulatorios u hospitalización parcial. El enfermo se beneficia de un programa de tratamiento en régimen de hospitalario. Funciones: Atención a los pacientes ingresados que reúnan las características descritas Atención a los pacientes drogodependientes. Desintoxicación: son unidades de hospitalización para drogodependientes. Apoyo a las urgencias hospitalarias Docencia e investigación. 3. Unidades residenciales rehabilitadora: rehabilitación psicosocial: Servicio de asistencia crónica en régimen de internamiento y son consideradas como de media y larga estancia.

Objetivo prioritario: es la rehabilitación y posterior reinserción social del paciente. No a drogodependientes, sino han manifestado su deseo de desintoxicación. Ni la A.P. Ni la Especializada pueden conseguir un grado máximo posible de bienestar; por lo que hay que involucrar a todos los sectores de la sociedad para responder a la aspiración de una calidad de vida compatible con la dignidad humana a la que tienen derecho todas las personas: vivienda, educación, recreo, empleo, ocio. La adquisición o desarrollo de facultades y capacidades personales, sociales y relacionales perdidas por la enfermedad o la estancia en medios institucionales, para permitir su reinserción social y/o mantenimiento lo más normalizado posible.

Esto requiere no solo actuaciones sanitarias sino también sociales, educacionales, económicas, etc. Esto requiere: Unidades residenciales de rehabilitadoras: rehabilitación psicosocial: Requiere de la continuidad de medidas sanitarias. Del soporte socio-familiar. De la existencia de recursos adecuados para alojamientos, actividades laboral-ocupacional, grupos de autoayuda, red de soporte social, etc., es decir, lo necesario para vivir integrados en la comunidad, con recursos específicos, tanto sanitarios como otros de carácter comunitario y coordinados entre sí.

Los procesos de integración se ven frenados por el estigma social soportado por el enfermo/a mental y también por el grupo familiar. Se les añade el escaso conocimiento de sus derechos de ciudadanía. Hay un gran desconocimiento sobre los derechos a la información, al conocimiento informado, a las alternativas terapéuticas, a las quejas, a las modalidades de ingreso hospitalario, a las asociaciones, a sus profesionales de referencia o de sus familias. Estos enfermos se adaptan a los programas y servicios existentes en la comunidad y no los programas a sus necesidades.

Estos centros están saturados por hombres jóvenes con psicosis, mientras que **mujeres y hombres mayores** que tiene diversos diagnósticos no encuentran accesos a estos servicios. Algunos grupos tienen más dificultades: los que no residen en los grandes núcleos de población, quienes no tienen domicilio fijo y/o sobreviven en la pobreza, minorías étnicas y emigrantes extranjeros sin documentación en regla, y quienes permanecen ingresados en las cárceles.

4. Unidades de salud mental integradas en los hospitales generales. La hospitalización psiquiátrica se incluye de pleno derecho en las prestaciones de la Seguridad Social, creándose así unidades de hospitalización psiquiátricas en los hospitales generales, son estancias breves. (Ley General de Sanidad). **El Informe de la Comisión Ministerial** recomendó delimitar las camas necesarias para la Hospitalización. Oscilan entre 15 y 35 camas. El Ministerio de Sanidad, en su Programa de Actuaciones en Salud Mental de 1990, señala un número entre 10 y 25 camas. Mejor no masificar, pues dificulta la convivencia y el ambiente terapéuticos. La duración media de las estancias los informes determinan cifras inferiores a las tres semanas (3 S). A veces se perciben condiciones de desigualdades con otras especializadas: rechazo a su ubicación, falta de espacio y de recursos humanos o económicos.

1.2.4.5. Hospital psiquiátrico

- A) **Unidades de media estancia:** son servicios de hospitalización activa con un enfoque terapéutico y rehabilitado, donde se utilizan tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos que inciden en la reducción, control o eliminación del problema psiquiátrico, psicológico y social que presente el paciente. La duración es variable dependiendo de las estructuras y el plan regional de S. M. De cada comunidad
- B) **Unidades de larga estancia:** son servicios para enfermos psicopatología crónica y con minusvalías que no pueden ser atendidos en otros servicios socio-sanitarios. Sus funciones: mantener y recuperar aptitudes y habilidades, para lo que contará con un departamento de terapia ocupacional y facilitar el contacto familiar y social
- C) **Pisos protegidos:** aquellos servicios destinados a enfermos crónicos como alternativa a la unidad hospitalaria de media estancia y a las unidades residenciales y rehabilitadoras, dentro de un modelo mixto, en el que intervienen los servicios sociales y sanitarios.

1.2.4.6. Coordinación – dirección y gestión de los servicios de salud mental

El Informe de la Comisión Ministerial, en la sexta recomendación, propone que dentro del organigrama de las Consejerías de Salud de las comunidades Autónomas, debe completarse una unidad técnico-administrativa de Salud Mental y Atención Psiquiátrica. Funciones: 1. Elaborar propuestas de necesidades de formación, de recursos humanos y de investigación. 2. Desarrollar criterios para el seguimiento y evaluación de planes, programas y unidades asistenciales que servirán para la puesta en marcha de los soportes de registros e información como coordinador regional de Salud Mental dentro del marco de los acuerdos establecidos entre las diferentes instituciones. El responsable de esta unidad técnico-administrativa actuará como coordinador regional de Salud Mental dentro del marco de los acuerdos establecidos entre las diferentes instituciones.

1.2.5. Introducción al sistema clasificatorio:

Ordenar y clasificar en categorías diferenciadas los datos y los conocimientos son actividades que podríamos considerar inevitables e intrínsecas al ser humano. Las disciplinas científicas consideran que un paso a la explicación y la predicción es la descripción y clasificación de los fenómenos que estudian. Hay detractores de las clasificaciones y aportan argumentos.

1.2.5.1. Utilidad de las clasificaciones:

- A) Constituyen un lenguaje común que posibilita la comunicación entre profesionales: Diagnóstico gracias a un código compartido entre emisor y receptor
- B) Las categorías nosológicas poseen capacidad pronóstica. Como es sabido la Nosología es la parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades.
- C) Son una herramienta útil para la investigación, dado que sin un sistema taxonómico adecuado, sería imposible realizar buenos estudios epidemiológicos, evaluar resultados de intervenciones o replicar los estudios de otros investigadores. Clasificaciones más utilizadas:

Años 70: había diversas clasificaciones. La OMS (Organización Mundial de la Salud) disponía de su propia clasificación. **Años 80:** La Asociación americana de Psiquiatría publica la 3ª edición de su manual diagnóstico, que tendrá un gran impacto. Hasta la OMS las incorpora. DSM y la CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud). El más utilizado es el DSM.

Clasificaciones más utilizadas actualmente:

- a) **Categóricas:** Tanto el DSM como CIE clasifican los Trastornos Psicopatológicos según un enfoque categorial, es decir, cada trastorno se identifica con una categoría diagnóstica que está limitada por unos rasgos definitorios y por un conjunto de síntomas y descripciones clínicas. Cada categoría es una entidad separada con límites muy claros que la diferencian de otras categorías.
- b) **Enfoque descriptivo o ateorico,** clasifica los trastornos y los agrupa en secciones en función de las características clínicas observables y no según la causas psicodinámicas imaginadas, sociales o biológicas, es decir, según hipótesis etiológicas (Etiología: estudio de las causas de las cosas).

- c) **Clasificación internacional de enfermedades (CIE).** OMS publica periódicamente la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), que recoge una clasificación de todas las enfermedades registradas en sus países integrantes. Se trata de un instrumento epidemiológico (epidemiología: ciencia que investiga las causas y la naturaleza de las epidemias). (Epidemia: enfermedad que por alguna temporada acontece simultáneamente a gran número de personas).

1.2.5.2. Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (10ª revisión)

- a. F00-09 Trastorno Mentales Orgánicos
- b. F10-19 Trastorno Mental Y del comportamiento
- c. F20-29 Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos delirantes
- d. F30-39 Trastorno Humor (afectivos)
- e. F40-49 Trastorno Neurótico, secundario a situaciones estresantes y somatomorfos (Somatología: tratado de las partes sólidas del cuerpo humano)
- f. F50-59 Trastorno Comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos
- g. F60-69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto
- h. F70-79 Trastorno Mental
- i. F80-89 Trastorno del desarrollo psicológico
- j. F90-98 Trastorno del comportamiento y de las emociones de inicio habitual en la infancia y en la adolescencia.

Vamos a ver algún ejemplo que nos interesa como el de la enfermedad de Alzheimer, aunque no creo que sea necesario alargarnos en este apartado.

a) Trastornos Mentales Orgánicos, incluidos los sintomáticos 1º

- F00 Demencias en la enfermedad de Alzheimer:
- F00.0 Demencia en la E.A. De inicio precoz
- F00.1 Demencia en la E.A. De inicio tardío
- F00.2 Demencia en la E.A. Atípica o mixta
- F00.9 Demencia en la E. A. Sin especificación

Después de la explicación de los trastornos mentales y su clasificación, he creído conveniente hacer un recorrido por todo lo que conlleva a las personas mayores con trastorno mental y las escalas utilizadas. Ahora me centraré en el estudio de algunas de ellas y cómo intentar paliarlas para que éstas puedan tener una calidad de vida mejor y generen un aumento de la autoestima.

1.2.6. La ansiedad en las personas mayores

Representa una de los cuatro principales problemas de salud de toda la sociedad postindustrial, junto a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes. Esto se añade a que son motivo constante de consulta médica. La prevalencia es alta. Se cree que llega al 23% de la población según Golberg y otros autores. . Diagnóstico: Vamos a dividirlo en síntomas, y trastornos de la ansiedad: Los síntomas los veremos en: a) respuesta cognitiva: preocupación y anticipación de desgracias para uno mismo y las personas de su entorno. b)

respuesta vegetativa: intranquilidad, sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, dolores de cabeza, etc.

Respuesta motora: temblores, cansancio y fatiga, ceño fruncido y estado de intranquilidad. d) vigilancia y alerta: hiperventilación, irritabilidad y sensación de estar al límite. Los trastornos son cuando los síntomas pasas a ser un trastorno de ansiedad: estos son de mayor intensidad y/o duración. Además producen incapacidad o deterioro funcional social, laboral o en las relaciones interpersonales.

Se interrumpen las actividades de la vida diaria. Hay síntomas clínicos muy importantes como molestias física, compulsiones u obsesiones. Derivación a los centros de salud mental. Estos pacientes si presentan evolución tórpida, conductas autodestructivas o comorbilidad psiquiátrica asociada. Siempre se derivaran: los TOC (trastornos obsesivos compulsivos y las agorafobias).

Característica definitorias: a) Conductuales, b) afectivos, c) fisiológicos, d) cognitivos. Factores relacionados: exposición a tóxico, conflictos inconscientes sobre valores y metas esenciales de la vida, necesidades no satisfechas, asociación familiar o herencia, crisis de maduración o situación, amenaza de muerte, estrés, abusos de sustancias, amenaza de cambio en: el rol, el estado de salud, los patrones de interacción, las funciones del rol, el entorno, la situación económica, etc.

Estos factores relacionados con la ansiedad o el estrés han dado lugar a muchas clasificaciones, tantas como personas y creencias. Esto nos lleva a hablar de variables personales, creencias, pensamientos, tipo de personalidad, etc. Influye tanto el ambiente físico como el sociocultural. Cuando nos encontramos ante un paciente con ansiedad es importante: empatía, respecto concreción, escucha activa. Saber ponerse en el lugar del otro, escucharle tanto lo que dice como lo que calla, saber la carga emotiva que conlleva su situación y respetar los silencios.

Hay que respetar la percepción de la imagen corporal que la persona tiene de si misma, su ejecución del rol que le toca vivir. Hay que saber cómo hacerle comprender la enfermedad que le está tocando vivir, ver como maneja la medicación, ayudarle a afrontarla. Es importantísimo este apoyo emocional para que pueda aceptarla y así disminuir la ansiedad. Y poder modificar su conducta. Incluso hay que ayudarle con técnicas de relajación (Jacobson). Acompañarle a ir a los grupos de apoyo emocional y fomentar ejercicios de extensión muscular lenta y de mantenimiento con posterior relajación.

Esto llevará a la persona mayor a un mayor afrontamiento de las situaciones estresantes que la vida le va dando día a día. Tenemos que enseñarle la técnica de resolución de problemas (TRP), el manejo de los pensamientos negativos e irracionales, mejorando las habilidades sociales y de comunicación. Para disminuir los síntomas: enseñar la relajación, los ejercicios de estiramientos y las maniobras de distracción. Aquí es muy importante el grupo, ya que comparte los problemas con otras personas y esto les tranquiliza, y también les enriquece las experiencias de los demás. Intercambian experiencias y se escuchan unos a otros, lo que les lleva a la adquisición de habilidades en técnicas de TRP y relajación y búsqueda de apoyos tanto familiares como sociales.

El manejo de la ansiedad en las consultas de los centros de salud es multifactorial:

1. Ver si hay un trastorno debido a una enfermedad física. Ejemplo: hipotiroidismo.
2. Comprobar si es un trastorno por consumo de sustancias: alcohol, medicamentos, drogas, etc.
3. Detectar si es un trastorno adaptativo: este es la existencia de un estrés identificable, ejemplos: duelo, desempleo, emigración, etc. Lo que vemos es que este malestar es mayor de lo esperable. Y se presenta con síntomas depresivos, ansiosos o mixtos.
4. Determinar si es un trastorno depresivo o psicótico. Consideraremos la posibilidad de otro trastorno mental antes de este de ansiedad.
5. Advertir si es un trastorno de ansiedad o estrés postraumático. Ejemplos en catástrofes naturales o las provocadas por las guerras. Aquí se nos presentan los trastornos fóbicos: a) fobia social, b) agorafobia, c) fobias específicas o simples.
6. Comprobar si tiene el paciente un ataque súbito de ansiedad o miedo. Ahí estamos ante una crisis de angustia, donde aparecen palpitaciones, dolor precordial, sensación o falta de aire. Estas suelen ser breves. Lo que nos lleva a hablar de trastorno de angustia o trastorno de pánico. Este puede cursar con o sin agorafobia.
7. Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC) cuando está relacionado con pensamientos recurrentes y persistentes (Obsesiones) y/o rituales o actos mentales recurrentes (compulsiones).
8. Si el trastorno es por ansiedad generalizada, vemos que la situación dura más de 6 meses. 9. Trastorno mixto ansioso-depresivo es difícil de diferenciar lo que es ansiedad o depresión. Está recogido en la clasificación de la DSM-IV (American Psychiatric Association- Manula diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV edición).

1.2.6.1. Escalas para medir la ansiedad:

- a. Escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EADG).
- b. Escala de Hamilton que mide la intensidad de la ansiedad y evalúa los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad y permite la evaluación de la sintomatología.
- c. Otros: Prime-md y mini internacional neuropsychiatric intrview (mini).

Para *clasificarlo diagnósticamente* tenemos 2 sistemas de clasificación:

1. El sistema americano, Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), dependiente de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), en su última versión DSM IV-Tr, 4ª edición texto revisado del 2000.
2. La clasificación Internacional de las enfermedades mentales (CIE), dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su versión CIE-10 de 1992.

Hay otros sistemas de clasificación en Atención Primaria: la clasificación Internacional en A.P. (CIAP-2) elaborada por la WONCA (World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of Generla Practitioners/Family Physicians). Aquí encontramos diversos códigos para la ansiedad como enfermedad: P02: Estrés agudo, P74: Trastorno de la ansiedad/estado de ansiedad, P75: Trastorno de somatización/conversión, P76: Trastorno depresivo, P79: Fobias/Trastorno compulsivo, P99: Neurosis no específica.

Nos encontraremos con recomendaciones para la detección y tratamiento de la ansiedad. Aquí no veo necesario escribirlos y enumerar los medicamentos que se recomiendan en diferentes trastornos, ya que son conocidos y utilizados con frecuencia y los iremos viendo a lo largo del tema. *Actuación ante una crisis de ansiedad*: El paciente está fuera de control. Hay que tranquilizarle y animarle a que exprese sus miedos y preocupaciones. Y, sobre todo, decirles que estaremos con él todo el tiempo y que no permitiremos que le pase nada.

Veremos si son necesarios los apoyos familiares y sociales. Intentaremos alguna técnica de relajación como la relajación abdominal. Si no es posible, hay que medicarle con benzodiazepinas de alta potencia (alprazolam a dosis de 0,5 mg. sublingual u oral), también diazepam (5-10 mg) o lorazepam (1-2 mg) Si hay que medicarle a largo plazo sustituirlo por un ISRS. Prevenir la alcalosis respiratoria con bolsa de papel para normalizar el nivel de carbónico y evitar casos de tetania.

Es fundamental, en todo momento, el apoyo emocional. Ansiedad y estrés: es una sensación, es un estado emocional y lo experimentan todos los individuos. *Diferencia entre miedo y ansiedad*. Miedo: el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza. Es agudo y provocado por un estímulo conocido. Ansiedad: el sujeto desconoce el objeto. La amenaza es interna, vaga, existiendo una prolongación de la reacción.

1.2.6.2 Clases: Ansiedad normal y patológica

1. **Normal**: es una señal de alarma. Motivada y advierte de un peligro inminente. Permite tomar medidas para prevenir la amenaza o reducir sus consecuencias. Poca expresión corporal.
2. **Patológica**: aparentemente inmotivada. Desadaptativa: desadapta a la persona que la siente. Inadecuada o desproporcionada para el estímulo con gran expresión corporal. *Manifestaciones de ansiedad*. Creo que es importante conocer los síntomas físicos y psíquicos. Yo creo que estos últimos son muy importantes.
 - A) **Síntomas físicos**: palpitaciones, dificultad para respirar, sensación de ahogo, sensación de nudo en la garganta, taquicardias, sudoración, sofocos y/o escalofríos y sequedad de boca.
 - B) **Síntomas psíquicos**: sensación de mareo. Sensación de cambio de la realidad. Despersonalización (estar como separado de uno mismo). Dificultad para conciliar el sueño. Sensación de amenaza o indefensión

1.2.6.3. Tipos de ansiedad

1. Crisis de angustia. 2. Agorafobia. 3. Trastornos de angustia. 4. Fobia específica. 5. Fobia social. 6. Trastorno obsesivo-compulsivo. 7. Trastornos por estrés postraumático. 8. Trastornos de estrés agudo. 9. Trastorno de ansiedad generalizado. 10. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad. 11. Trastorno de ansiedad no especificado.

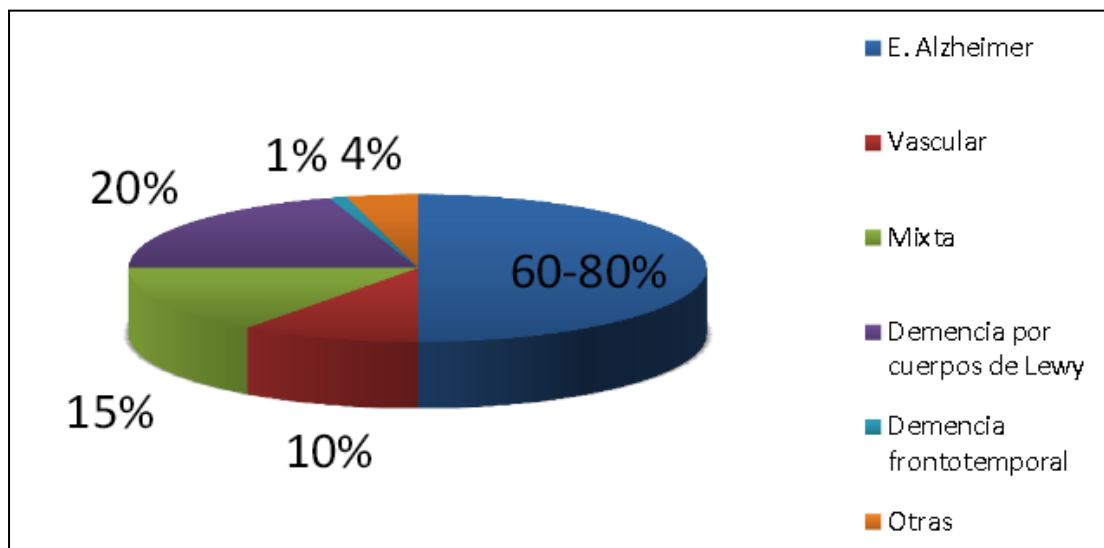
Causas médicas de trastorno de ansiedad: Enfermedades médicas que generan trastorno de ansiedad: Miocardiopatías, Asma y EPOC, E. Parkinson, Feocromocitoma, Hipoglucemia, Síntomas de hiperventilación. *Enfermedades médicas que generan trastornos de ansiedad de forma no específica*: Trastornos neurológicos. Patologías sistémicas que cursan con hipoxia tisular, Trastornos inflamatoria, Estados deficitarios, Patologías diversas.

1.2.7. La demencia en las personas mayores

Es una enfermedad que afecta a las células nerviosas del cerebro (las neuronas) provocando una pérdida de sus funciones. Es lenta y progresiva e interferirá en la vida diaria. Cambia la vida del que la padece y de los que le cuidan y familiares. La frecuencia es de 5-10% en las personas mayores. Hoy por hoy no hay cura. Sólo medicamentos que alivian y confortan, tanto a la persona mayor como a la familia.

La demencia es un síndrome clínico plurietiológico, caracterizado por deterioro intelectual respecto a un nivel previo. Con frecuencia la evolución es de tipo crónico, pero no necesariamente irreversible ni progresiva. Este deterioro intelectual implica una afectación de las capacidades funcionales del sujeto, suficiente para interferir sus actividades socios laborales. Ante una persona con quejas de memoria: evaluarla con un test de memoria.

Aquí hay que realizar un seguimiento longitudinal que permita comprar los rendimientos pasados unos meses o años. Si además de la memoria están afectadas otras funciones intelectuales como: orientación, lenguaje, Cálculo, capacidad de abstracción y planificación; hay que pensar en una demencia, si además están implicadas las actividades de la vida diaria (ABVD). La incidencia de demencia en el mundo occidental: Global: 0,8-1 X 1.000 habitantes/año. Mayores de 65 años: 1% anual. La prevalencia es: Mayores de 65 años: 5-10%. Mayores de 80 años: 20-40%. Internados en centros socio-sanitarios: 11-40%. Antes de seguir adelante, debemos preguntarnos: ¿Qué entendemos por deterioro cognitivo y demencia? ¿Cómo establecemos un diagnóstico diferencial de demencia? ¿Cuál debe ser nuestra actuación ante un paciente que se sospecha demencia? ¿Podremos frenar este deterioro? ¿Tenemos tratamientos, ya sean farmacológicos o no farmacológicos para el manejo de estos síntomas conductuales? ¿Qué aspectos éticos y legales han que considerar con este tipo de personas?



Prevalencia de tipos de demencia en España
Fuente: FEEN (2012:11).

1.2.7.1. Factores relacionados con la aparición de demencia

1. Edad: La EA se duplica cada 5 años a partir de los 65 años. 2. Factores genéticos: 1. Familiar de primer grado afectados de EA: $RR = 3,5$. 2. Tener la APO E4 en el cromosoma 19 incrementa la probabilidad de desarrollar una EA tardía. 3. Mutaciones del gen que codifica la proteína precursora del α mieloide en el cromosoma 21, y de otros genes de los cromosomas 1 y 14 que codifican dos proteínas parecidas (la presenilina 1 y 2, respectivamente) se relaciona sobre todo con la EA. 3. Edad concepcional materna: Madre > 40 años ($RR = 1,7$), madre < 20 años ($RR = 1,5$). 4. Traumatismos craneales: $RR = 1,8$ en los sujetos portadores del alelo E4. 5. La edad, la hipertensión arterial, la cardiopatía, la diabetes mellitus, la enfermedad cerebrovascular y la historia familia de demencia son predictores de demencia vascular. 6. Tóxicos y medicamentos: el tabaco, la ingesta crónica muy elevada de alcohol se relaciona con un incremento de riesgo de padecer demencia vascular y alcohólica. (RR: riesgo relativo; APO EA: alelo 4 de la apolipoproteína E).

1.2.7.2. Las características de demencia

Síndrome clínico orgánico, caracterizado por una disminución adquirida generalmente gradual y progresiva, persistente (más de 6 meses) de varias de las funciones intelectuales: memoria, orientación temporoespacial, lenguaje, pensamiento abstracto, capacidad de juicio, etc., sin alteración del estado de conciencia y suficientemente intensa para interferir de forma significativa en las actividades sociales u ocupacionales del individuo.

El diagnóstico del síndrome de demencia es clínico. Se utilizan los criterios del DSM-IV (*manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la American Psychiatric Associations, 1994). También los criterios diagnósticos de la *décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10, OMS, 1992-1993). Los criterios NINCDS-ADRDA para el síntoma de demencia parecen muy exigentes, a diferencia del DSM-IV que tiene un nivel de exigencia intermedio. Una correcta valoración clínica nos dirá en qué lugar del *continuum* cognitivo-funcional “normalidad $>$ trastorno cognitivo leve $>$ demencia” se sitúa nuestro/a anciana. Esto nos llevará a confirmar si es una situación estable o, por el contrario, progresiva a demencia.

1.2.7.3. Clasificación de las demencias según la causa

1. **Enfermedades degenerativas:** Enfermedad de Alzheimer y otras: DCL, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, demencia no Alzheimer frontal, enfermedad de Down, parálisis supranuclear progresiva, atrofas cerebelosas, esclerosis lateral amiotrófica.
2. **Metabólicas:** hipo e hipertiroidismos, hipoxia-isquemia, hipo e hiperparatiroidismo, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, insuficiencia adrenal o pituitaria, enfermedades por depósito (Wilson), hipoglucemia crónica (insulinoma)
3. **Carenciales:** Vitamina B12, ácido fólico, vitamina B1, (pelagra).
4. **Vasculares:** Multiinfarto y otras: estado lacunar (síndrome seudobulbar), enfermedad de Binswanger, infarto estratégico (cuerpo calloso), vasculitis, lupus, panarteritis nudosa, arteritis de la temporal.

5. **Infecciosas:** complejos demencia-sida, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, neurolúes, panencefalitis esclerosante subaguda, encefalitis herpética, enfermedad de Whipple, meningoencefalitis, brucelosis, tuberculosa, abscesos cerebrales,
6. **Tóxicas:** alcohol, fármacos, metales: Pb, Hg, Mn, Cu y compuestos orgánicos.
7. **Neoplasias:** tumores cerebrales primarios o metastásicos, síndrome paraneoplásicos, meningitis carcinomatosa
8. **Traumáticas:** hematoma subdural crónico, demencia postraumática, demencia del boxeador.
9. **Desmielizantes.** Esclerosis múltiple.
10. **Otras:** hidrocefalia normotensiva, epilepsia, sarcoidosis cerebral.

Algunas son reversibles como encefalitis herpética, enfermedad Whipple, absceso cerebrales, etc. Para el diagnóstico de la demencias hay que estudiar diversos apartados: La historia clínica es sugestiva de deterioro cognitivo y/o alteración conductual: a) antecedentes familiares de demencia, b) antecedentes personales, c) fármacos que está tomando, d) forma de inicio y evolución, e) exploración física y neurológica básica. Confirmación de deterioro por un familiar. Entrevista con una persona informadora.

Nos dirá los cambios en las funciones cognitivas. Nos permite valorar la repercusión en las actividades de la vida diarias: (ABVD) y (AIVD). Existen diferentes escalas para graduar la intensidad de estas alteraciones: Test del Informador en todos los casos, Escala de Barthel, Escala de Lawton y Brodie y Escala de Blessed. Escala IDDD (Interview for Deterioration in Daily Living in Dementia) se utiliza en las consultas de Neurología. Demostrar la alteración cognitiva mediante test apropiados a la edad y nivel de escolaridad del paciente. (Molina JD et al, 2003).

Tenemos varios autores que la describen: Arnold, Eysenck y Meili (Drs.) 1979, p 314): “Defecto de la inteligencia adquirido que acompaña de ordinario a la fase final de un cambio psicótico endógeno o exógeno”. Dorsch (1994, p 189): “Merma adquirida y persistente de la capacidad intelectual, en oposición a la congénita (deficiencia mental) y a los trastornos transitorios de la inteligencia”. Sánchez Cerezo (Dir.) (1986, p 586): Deterioro profundo de funciones psíquicas de un individuo, anteriormente existentes. Es siempre una condición adquirida y con significación de descenso o retroceso, esto las distingue del grupo de retrasos mentales congénitos (oligofrenia).

El psicólogo Flórez Lozano (2000) halla cuatro áreas en los cuidados de los pacientes dependientes con demencia:

1. **Dependencia afectiva.** Con frases: “nadie puede cuidarle como yo”. “depende de mí para todo”. Esto crea un círculo vicioso y el cuidador terminará con estrés y no verá la forma de salir de él. Aquí es difícil saber quién depende más de quién.
2. **Aislamiento social:** los contactos sociales disminuyen al comenzar la enfermedad. Pierde sus amistades, su vida laboral, familiar, etc. Al final, sólo tiene al enfermo.
3. **Problemas familiares:** discusiones con pareja, hijos, cónyuge, etc. Los problemas aumentan a la vez que aumenta la enfermedad.
4. **Alteración de conducta:** vagabundeo, obsesiones, alucinaciones, agresividad, delirios, agitación, despertares nocturnos, lo que acarrea que el cuidador no descansa ni de día ni de noche. Está las 24h del día con el enfermo. Llegado un momento, sus alteraciones psicológicas son tan graves, que ya no puede hacerse cargo del cuidado.

1.2.7.4. Enfermedad de Alzheimer

Es el tipo de demencia más frecuente. Afecta al 3% de las personas entre 60 y 80 años y casi el 20% de las personas mayores de 80 años. El diagnóstico se hace a través de entrevistas, test y análisis que excluyen otras enfermedades semejantes. No se conocen las causas y no es contagiosa. Si se presenta antes de los 60 años puede existir un componente hereditario. Pero no hay constancia de que sea una enfermedad hereditaria. Como sabemos, requiere de cuidadores y profesionales especializados. Veamos los síntomas:

Hay varias etapas de cómo evoluciona la enfermedad. Se da una pérdida paulatina de capacidades y habilidades. Lo primero que vemos es la pérdida gradual de la memoria. Más tarde comienza la desorientación. No saben ni el día ni la hora. Luego viene los problemas de expresarse y comprender. Pierden vocabulario y capacidad de hablar y entenderse. Y, al final, les cambia el carácter. Sufren miedos y cambios de humor.

Y, ya muy avanzada la enfermedad, no conocen a sus familiares, no se pueden valer por sí mismos no para las actividades diarias como comer y vestirse. Se aíslan. Pero se ha comprobado que la sonrisa es lo último que pierden. Son personas dependientes severos. No considero importante detenernos en las fases que pasa la enfermedad: Inicial, intermedia y avanzada. Hay ejercicios de memoria en las fases leves y moderadas de la enfermedad.

SÍNTOMAS Y/O SIGNOS DE SOSPECHA DEL DETERIORO COGNITIVO ALZHEIMER'S ASSOCIATION
1. Pérdida de memoria que afectan las capacidades en el trabajo, cita, nombres, números de teléfono, etc.
2. Dificultades en realizar tareas familiares, preparación de comidas, teléfono, control del dinero
3. Problemas de lenguaje (olvidos y sustitución de palabras.
4. Desorientación en tiempo y lugar (olvido de fechas, perderse)
5. Pobreza de juicio (vestidos inapropiados, conductas anómalas)
6. Problemas de pensamiento abstracto (olvido de significado del dinero, problemas en evaluar semejanzas, etc.
7. Perder cosas importantes o ponerlas en lugares inadecuados (Plancha en la nevera, etc.)
8. Cambios en el humor y la conducta (cambios frecuentes e del estado de ánimo)
9. Cambios de personalidad (cambio reciente: suspicacia, temor)
10. Pérdida de iniciativa (pasividad y necesidad de estímulos)

1.2.7.5. Tests cognitivos realizados en las demencias en Atención Primaria

A) En Atención Primaria: permite evaluar las diferentes funciones cognitivas de un determinado paciente:

1. **Mini-Mental:** de los más utilizados en la Comunidad Foral Navarra es el **Mini-Mental de Folstein (MMSE)**. Incluye subtes de orientación, cálculo, memoria, praxias y lenguaje. Tiene una sensibilidad y una especificidad sobre 80% para el diagnóstico de demencia. Hay una

versión del MMSE realizada por Lobo con el nombre de Mini Examen cognoscitivo (MEC), añade nuevos ítems a la versión original. Fue publicado en 1975.

2. Se requieren unos 10 min para realizarlo. Explora y puntúa varias áreas, como la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y de fijación, la atención y el cálculo, la producción y la repetición del lenguaje, lectura y la habilidad visoespacial. La puntuación máxima es de 30. Estudios realizados en población anciana española han determinado que el punto de corte óptimo en nuestro medio para detección del deterioro cognitivo se encontraría por debajo de 21 (Bermejo F, 1993).
3. **Mini-Examen Cognitivo (MEC) de Lobo.** Es una adaptación al español del MMSE con la inclusión de 5 ítems adicionales. La puntuación total que se alcanza es de 35 puntos. El punto de corte para establecer un deterioro cognitivo es de 28 puntos, para pacientes no geriátricos, y 24 para la población geriátrica. Lobo ha publicado una versión del MEC con 30 puntos (suprimiendo los ítems 5 y 9). Y así poder compararlo con el MMSE en estudios internacionales. Ha demostrado una sensibilidad del 89,8% y una especificidad del 75,1% para un punto de corte de 23/24. La validación del MEC de Lobo ha obtenido mejores resultados de sensibilidad y especificidad que el MMSE para la población española. (Lobo, 1979).
4. **Short Portable Mental Status Questionnaire (SP,SQ) de Pfeiffer.** Fue diseñado y validado en 1975, y se elaboró para la detección del deterioro cognitivo en pacientes anciano. Sólo consta de 10 preguntas en las que se puntúan los errores; demostró ser útil para discriminar el estado de normalidad, así como el deterioro mental leve (3-4 errores), y el moderado y grave (5 o más errores). Ha sido validada en castellano para la detección del deterioro cognitivo en pacientes en consultas externas de geriatría, obteniendo una sensibilidad del 100% y una especificidad de 90% para un punto de corte de 5 errores. (González-Montalvo et al, 1992). Su gran virtud es su facilidad y rapidez de aplicación. Es un test de cribado en poblaciones numerosas de pacientes. (Pfeiffer, 1975). Estos 3 son los que vamos a aplicar en nuestra investigación.
5. **Test de Memoria.** La causa más frecuente en Navarra en la población mayor de 65 años es la EA. En Navarra se dispone del Test de Aprendizaje de Palabras de CERAD (Consorcio para el Establecimiento de un Registro para la enfermedad de alzhéimer). Permite determinar la capacidad de aprendizaje, recuerdo inmediato y recuerdo diferido. Se mide también la capacidad de los ítems aprendidos.
6. **Test de los 7 minutos** está en fase de evaluación y normalización.
7. **Test MIS** (Memory Impairment Screen) que incluye una prueba de memoria con claves semánticas. Se utiliza para la EA en fases inicial.

Se cumplen los criterios diagnósticos de demencia (DSM IV).

RESUMEN DE LOS TESTS A REALIZAR EN:	
A. Primaria	Test del Informador Escalas Funcionales: 1. Test de Barthel 2. Test de Lawton y Brodie Test Mini-mental de Folstein (MMSE) Test de Memoria CERAD- opcional
Neurología	Escala de Blessed/ Escala IDDD Protocolos GERMCIIDE Y Protocolo CERAD

1.2.7.6. Test en Neurología

1. Protocolo GERMICIDE (Grupo para estudio) Diseñado por el grupo de estudio de demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Permite otras baterías neuropsicológicas (ADAS, CAMCOG, CERAD) y las diferentes escalas de evaluación en deterioro cognitivo y demencias. 2. Test Barcelona. Nuestros neurólogos y neuropsicólogos lo emplean, ya que permite profundizar en el estudio de lenguaje y de los trastornos neuropsicológicos más frecuentes. *Diagnóstico de los diferentes tipos de demencia:* Entre las múltiples enfermedades que pueden cursar con demencia, se pueden considerar tres grandes categorías etiológicas: 1. Demencias degenerativas primarias: demencia tipo Alzheimer 2. Otras demencias degenerativas primarias Demencias secundarias: Demencias vasculares. 3. Otras demencias secundarias: Demencias combinadas (o de etiología múltiple): a) EA con enfermedad cerebrovascular asociada b) Otras demencias combinadas.

1.2.8. La depresión en las personas mayores

Es un trastorno clínico cuyos síntomas más característicos son el estado de ánimo bajo y la pérdida del interés y la capacidad de disfrutar de las cosas. Este trastorno de ánimo está caracterizado por una serie de síntomas psicológicos, conductuales y somáticos. La OMS estima que para el año 2020 la depresión será, tras la patología cardiovascular, la segunda causa de incapacidad y muerte prematura en los países industrializados (Murray y López, 1996).

Como ya hemos dicho, las personas mayores de 65 años y más en España según el censo de 2001, un 17% de la población total (7.000.000). Para aquellas depresiones que cumplen todos los criterios de diagnóstico recogido en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR (APA, 2003)* y en la *clasificación internacional de las enfermedades* de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10 (OMS, 1992), la prevalencia es 10,7% (14,8 % en mujeres y 6,2 % en hombres).

Esta enfermedad ha existido siempre, según descripciones desde Hipócrates en el s. IV a. C., o Aristóteles en el siglo III a. C., pasando por Santo Tomás en la Edad Media (S. XIII). Se da en todos los ámbitos: desde los países más pobres a los más ricos. Y no depende del estilo de vida o de la clase social. No es una debilidad personal, ni una exageración o una simulación del malestar.

Otros síntomas comunes son:

- a) Los trastornos del sueño: el insomnio es frecuente y trae consigo angustia. En la depresión atípica hay hipersomnia que es un sueño y unas ganas de dormir excesivas
- b) Los trastornos de apetito: Esto le llevara a perder peso.
- c) La dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- d) La inhibición psicomotriz
- e) La agitación, el cansancio, la pérdida de energía y las ideas de suicidio (Tenerlo muy en cuenta, ya que son señales lo que nos está enviando).

Fármacos. Estas personas de edad avanzada son los mayores consumidores de fármacos y psicofármacos. Según la OMS, las personas de más de 60 años consumen el 50% de los fármacos en los países industrializados. Se cree que el 75% de la población de más de 75 años, recibe un medicamento de forma continuada. Las consultas médicas en la tercera edad son por cuadros de

depresión, hipocondrías, suspicacias y trastornos del sueño. No son todos cuadros psiquiátricos, por ello, es importante el desenmascaramiento de los mismos.

Depresión y discapacidad: La depresión se ha relacionado con el inicio en la discapacidad (Turner y Noh, 1988; Camacho et al., 1993; Bruce et al., 1994; Smits, Deeg y Jonker, 1997; Ritchie, Touchon y Ledesert, 1998; Zarit, 1998b; Femia, Zarit y Johansson, 2001). La depresión no motiva al anciano para mantener su capacidad funcional. Bruce nos dice que el estar deprimidos les lleva a la discapacidad (Bruce et al., 1994). Según Femia, Zarit y Johansson nos dicen que cuando la discapacidad ya está presente, la depresión actúa como una espiral que lleva al anciano al deterioro físico y mental (Femia, Zarit y Johansson, 1997).

Estado clínico en el síndrome de deterioro mental senil: Sus objetivo es reconocer trastornos o enfermedades curables causantes de los síntomas psíquicos: 1. Efectos secundarios de los medicamentos: fármacos psicoactivos, sedantes, hipnóticos, antihipertensivos, diuréticos, etc. 2. Trastornos emocionales: depresión y descompensaciones esquizoides. Trastornos endocrinos y metabólicos: hipotiroidismos, hipoglucemias, hiperosmolaridad, hipoxemia, azotemia y encefalopatía hepática. 3. Trastornos de la vista y el oído. 4. Malnutrición 5. Trastornos alimentarios: falta de vitamina B12 y ácido fólico, falta de vitaminas hidrosolubles, falta de hierro. 6. Hidrocefalia normotensiva. 7. Neoformaciones cerebrales: hematoma subdural crónico, paquimenningiosis, neoplasias primarias o metastásicas. 8. Enfermedades infecciosas: neumonías, meningitis, encefalitis, sífilis terciarias. 9. Complicaciones arterioscleróticas: apoplejía, isquemias transitorias, insuficiencia cardiaca congestiva.

1.2.8.1. Factores de la depresión

1. **Genéticos:** pueden heredarse ciertas predisposiciones biológicas a padecer depresión.
2. **Biológicos:** se relacionan con Alteraciones en los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, dopamina), Alteraciones neuroendocrinas (cortisol). Afectaciones estructurales y funcionales de diversas zonas del cerebro.
3. **Psicosociales:** implican un estrés continuo y los acontecimientos traumáticos tienen un papel importante en la aparición. Es un trastorno mental muy frecuente. Según se cree un 11% de la población ha tenido un episodio de depresión a lo largo de su vida. Es más frecuente en la mujer que en el varón. Relación 2:1. Según el estudio epidemiológico ESEMED, se estima que un 4% de la población española sufre un episodio depresivo en un momento dado.
4. Hoy en España hay un millón y medio de personas que sufren depresión. Esta se puede dar en cualquier edad. *La familia del anciano con depresión:* Apoyo emocional. Potenciar la socialización. Aumentar los sistemas de soporte familiar. Potenciar su autoestima. Acompañarlo a realizar algún tipo de actividad. Facilitar la expresión de los sentimientos. A pesar de las tensiones y reestructuraciones, la familia se adapta adecuadamente a la nueva situación. Hay algunas que no y hay que estar atentas y que no limiten la autonomía de la persona mayor deprimida.

1.2.8.2. Escala

Guía de buena práctica clínica en Psicoeducación en pacientes con depresión: Escala geriátrica de Depresión (GDS) de Yesavage (Versión reducida), Confusión Assessment Method (CAM). Sensibilidad del 94-100% y especificidad entre 46% y 95%. Escala Verbal descriptiva. Escala Numérica. Escala Analógica Visual (EAV).

Termómetro del dolor. Escala Expresión Facial. Escalas adaptadas en diferentes idiomas. Escala con déficit sensorial. *Escala y Test*: Test del Informador (JORM). Escala de Barthel. Escala de AIVD de Lawton y Brodie. Escala de Blessed. Escala de IDDD. Protocolo de GERMIDE Test Mini-Mental. Test de aprendizaje de palabras CERAD. Hoja de registro: Aprendizaje, Recuerdos, Reconocimientos y Dibujos CERAD: Círculos, Rombos, Rectángulos, cubos, etc.

Hay otros, aunque no los pasamos: Test de Schulman o test del reloj. Es un test de cribaje para el deterioro cognitivo. Se utiliza también para seguir la evolución de los cuadros confesionales. Es sencillo y valora y valora el funcionamiento cognitivo global, principalmente la praxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta (las 15:30). Test de los 7 minutos.

Lo dividimos en dos partes: la primera parte del test consiste en evaluar la orientación temporal (preguntas sobre el día de la semana, el mes y año). En la segunda parte del test, el análisis de memoria, se presentan al anciano imágenes que luego debe recordar, independientemente de cuál sea su edad o nivel educativo. En este momento, se le facilita una clave semántica, para que pueda recordar, si no mejora con esta ayuda, se orienta hacia una demencia tipo Alzheimer o a la existencia de un mayor riesgo a desarrollar.

Las dos últimas partes se relacionan con pruebas de fluidez del lenguaje y praxia constructiva. Set-test: valora la influencia verbal, la denominación por categorías y la memoria semántica. Se le pide al anciano que diga todos aquellos nombres que pueda recordar de cada una de las cuatro categorías (set): colores, animales, frutas y ciudades. El tiempo es 1 minuto. La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos. En ancianos es de 27 o más puntos. Este test tiene una sensibilidad del 79% y una especificidad del 82%.

Test que se pasan para valoración afectiva:

1. La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. Se encuentra en el 20% de los varones y el 40% en las mujeres (relación 1:2). El diagnóstico es clínico. Es importante observar la comunicación no verbal: la forma de caminar, la actitud, el aspecto, el aseo, el tono de voz de la persona mayor, y otros como la pérdida de peso e irritabilidad, ansiedad, humor triste y astenia.
2. La ansiedad. Es uno de los principales síntomas afectivos que más repercuten sobre la calidad de vida de las personas mayores. Hay que interrogar al anciano sobre el estado anímico, labilidad emocional, anergia/hipoergia, anhedonia/hipohedonia, trastornos en el apetito y el sueño, ideación de muerte o tentativas autolíticas y quejas somáticas.

Diferentes test o escalas:

1. Escala de depresión geriátrica de **Yesavage** (Geriatric Depression Scale) GDS: específica para personas mayores. Existe una versión reducida de 15 preguntas. Es la escala recomendada por la British Geriatric Society. Se aplica entre 5 y 7 minutos. Puntúa de 5 o más. Presenta una sensibilidad de 85,3% y una especificidad del 85%. Evita los síntomas somáticos. Se utiliza para screenig de depresión, evaluación de la severidad del cuadro depresivo y para la monitorización de la respuesta terapéutica. El punto de corte se sitúa en 5/6

0 a 5 puntos	Normalidad
Entre 6 y 9 puntos	Depresión probable
> =10 puntos	Depresión establecida

2. Escala de **Cornell**: se detecta la depresión en personas con demencia. Se valo humor, las alteraciones de conducta, los signos físicos, las fluctuaciones cíclicas y la alteración de las ideas en pacientes con demencia.
3. Escala de depresión y ansiedad de **Goldberg**: Es breve, sencilla y de fácil manejo. Mediante una entrevista efectúa un cribaje de los trastornos psicopatológicos más frecuentes: la ansiedad y la depresión.
4. Escala de **Zung**: se utiliza en la investigación geriátrica. Tiene el inconveniente de resaltar mucho los síntomas somáticos.

Veamos en España: 6,9% de los españoles mayor de 15 años sufren depresión = 2 millones de personas. Distribución por sexos: Varones 3,10% y mujeres 10,70%. 45,7 tienen una salud mental aceptable: Varones 55% y mujeres 37%. La edad más afectada: década de los 50-59 años. Un 10,7%. Estado civil más predispuesto: divorciados y separados. No así los viudos y viudas, que tienen menos depresión, aunque nos parezca lo contrario, por la pérdida sufrida.

1.3. DIMENSIÓN SOCIAL

El hombre es un ser social que nace y vive en sociedad. Todo lo que le acontece al hombre, está relacionado con el medio en que vive. La parte social es muy importante y no deja de ser un factor importante de enfermedad cuando ésta falla.

Vamos a ver la importancia del apoyo social, tanto formal como informal; de los grupos de ayuda mutua, de las redes sociales de apoyo, etc. También hablaremos sobre el **edadismo**, lo que todos achacan a la edad. Aquí nos detendremos más en la persona dependiente y en sus cuidadores. Hablaremos también de qué test tenemos para considerar a una persona dependiente y qué test tenemos en España para los cuidadores como el de Palacios y el de Zarit, en los cuales se ve la sobrecarga del cuidador y sus efectos devastadores tanto para la persona dependiente como para el mismo cuidador.

Vamos a tratar la aparición de las discapacidades y los sistemas sociales de apoyo a estas personas mayores que presentan algún tipo de problemas para desarrollar sus actividades de la vida diaria. Los cambios sociales se producen tanto a nivel del individuo como en la población y la sociedad. Las personas mayores no presentan cambios generalizados de deterioro fruto de enfermedades. La persona mayor presenta cambios producidos por el paso del tiempo.

Como decíamos anteriormente, no es el anciano el que presenta discapacidades, sino las enfermedades que algunas personas, sean mayores o no, tienen. No hay que confundirlo. El anciano puede envejecer normalmente sin presentar discapacidades. No hay que confundirlos y creer que todo anciano es discapacitado. Eso nos llevaría a ver a los ancianos con una visión patologizante del envejecimiento. Como venimos diciendo, los cambios asociados a la edad en el funcionamiento biológico, psicológico y social interactúan siempre. Y el anciano vive en un contexto histórico y cultural.

Trataremos de definir varios términos que nos pueden llevar a error:

El porcentaje de población envejecida: La población por encima de 65 años se ha ido incrementado a lo largo de todo el siglo XX. En julio 2001, el INE, ya daba un 17% de la población mayor de 65 años. La ONU nos indica que en el 2050 la población española mayor de 60 años será de un 43%. Dato que ya lo hemos remarcado anteriormente. Un 43% es casi la mitad de la población española en el año 2050. ¿Cómo nos estamos preparando para esto?

El índice de envejecimiento: Nos indica la razón entre la población mayor de 65 años y la población activa, o población entre 16 y 64 años. Según el INE, la población mayor de 65 años supera ya a los menores de 15 años en un millón de personas. Volviendo a la ONU, nos dice que España será el país más envejecido en el 2050. ¿Qué estamos haciendo para paliar esta epidemia de cara al 2050?. No es un consuelo, que detrás esté Italia o Grecia.

El límite máximo de vida: Es el número máximo de años que ha vivido una persona. Se supone que los humanos podemos llegar hasta los 120 años de vida. ¿Estamos preparados para este alargamiento de la vida?

La esperanza de vida: o expectativa de vida es el número de años que se calcula que el 50% de una población va a vivir a partir de cada edad exacta. España en el 1995, tenía una esperanza de vida de 74,4 años para los varones y de 81,5 años para las mujeres. Esto depende de varios

acontecimientos externos al individuo, pero el siglo pasado nos ha dado valores límites de esta esperanza de vida. Y seguimos en el siglo XXI aumentándola.

La longevidad. Es la característica de las personas que superan la expectativa media de vida. En España una persona longeva era la que tenía más de 77 años. Pero como vemos, sea superado este límite máximo de vida y ya no son noticias, aquellas personas de ciento y pico años. La ONU ya diferenciaba en 1999 a las personas octogenarias, nonagenarias y centenarias y los metían dentro de la cuarta edad.

Hoy nos preocupa Europa, pero dentro de poco, la pirámide de población se va transformar en los países de Asia y África a un ritmo acelerado. En el 2050 nos va a dar una imagen totalmente desconocida y no esperada para la población actual.

Hoy por hoy, en España, **la familia** constituye el núcleo de la organización social básica. Es la que proporciona a las personas mayores protección y cuidados. Pero ha cambiado la estructura familia. Lo que hace que las relaciones intergeneracionales también cambien dentro de nuestra sociedad. A pesar de lo que se pueda creer, sólo un 5% de las personas mayores viven en residencias de ancianos.

La mayoría conviven con algún familiar o solos en sus hogares. Por supuesto, mientras son personas válidas y no necesitan cuidados especiales. Pero aun así, el Estado proporciona cuidados en el propio domicilio. Las personas mayores prefieren vivir con los hijos o cerca de éstos. Pero un 73% de los mayores de 65 años viven en España independiente. Esto les anima a no ser una carga para los hijos.

Sin embargo en los hogares multigeneracionales estas interacciones facilitan el intercambio de roles y la ayuda que cada miembro puede aportar. Si la familia no se hace cargo de la persona mayor en situación de dependencia, es cuando éstos ingresan en residencias, tanto públicas como privadas.

Existen aspectos muy positivos en estas residencias, ya que hay personas mayores que se relacionan con otros e incluso comienzan relaciones de pareja. En algunos casos aun teniendo a la familia, hay ancianos que prefieren la residencia para no tener que depender de los hijos.

Yo he visitado uno de los países que dicen que tienen más longevos: Ecuador. En Vilcabamba he visto que lo que hace que haya más longevos es el ecosistema que hay allí. La gente piensa que es por la calidad del agua. Sea el agua, el ecosistema o lo que sea; viven más.

1.3.1. Perspectiva social de la vejez

La vejez no es una enfermedad, sino un ciclo vital como la niñez. La mayoría de los ancianos están sanos, pero la edad los va a haciendo más vulnerables a la enfermedad, a la incapacidades y al aislamiento.

La mayoría de las personas mayores no presentan deterioro generalizado que sean fruto de las enfermedades. Por lo que sabemos, el anciano envejece con cambios que son consecuencia del paso del tiempo. Si estos cambios los tratamos como patológicos, estamos condenando a los ancianos a un envejecimiento patológico, que no es normal. Los cambios afectan a todos los

funcionamientos, ya sean biológicos, psicológicos y sociales. Además éstos interactúan unos con otros. Lo vemos, si el anciano sufre pérdidas de familiares o cónyuge, le puede llevar a una depresión. Y, con ello, a un deterioro importante en la salud. Por ello, no podemos hablar de depresiones o deterioro de la integridad cutánea, ya que ello conlleva a un aislamiento social. Pues todo está íntimamente relacionado con la persona.

Las personas mayores han cambiado sus roles. Ya no son trabajadores; son jubilados con tiempo y oportunidades de disfrutarlo. Todo les afecta, pero no quiere decir, que sea para mal. Hay que aceptar los cambios normales de la edad y asumir lo que tenemos de buenos en este periodo. No todo es negativo. Dejamos el trabajo y tenemos tiempo para dedicar a la familia, a los nietos y a viajar.

El ocio es una parte importante de esta etapa. Después de jubilarnos, tenemos como unos 20 años por delante. Por ello, debemos dejar esa realidad biológica y pensar más en la realidad social que se nos presenta. Seguimos siendo personas en desarrollo, tanto social como cognitivo. Y debemos potenciar este desarrollo, pues la persona no deja nunca de aprender. Y, ahora que vamos a disponer de tiempo, debemos aprovecharlo en actividades a la sociedad y a nosotros mismos; mejorando nuestras capacidades y preparando nuestra vejez con un envejecimiento exitoso, en nuestra casa, con nuestra familia, con nuestros amigos y en nuestro barrio.

Creemos que todos se jubilan; pero no. Un 0,62% de la población española sigue económicamente activa, según datos de la EPA (Encuesta de Población Activa) de 1977. La población activa en España, en 1977 era de 16.121.000 personas. Así, que hoy ha aumentado esta cifra, por la crisis y porque los hijos han vuelto al hogar paterno y sin trabajo. Muchos ancianos siguen trabajando y más si son autónomos, para ayudar a sus hijos y nietos. Siguen produciendo, porque toda la vida lo han hecho y, muchos no saben hacer otra cosa que trabajar. Y gracias a ellos, el país ha sobrevivido a esta crisis.

La jubilación habitual pasa por una serie de etapas: 1. La de luna de miel. Estas personas hacen todo aquello, que en su tiempo no pudieron por el trabajo, los hijos, las hipotecas, etc. 2. La de la continuidad con las actividades de ocio planificadas. Aquí, las personas entran en la rutina que significa la jubilación. Y viven la vida como si no tendrían más remedio que aceptar esta etapa. 3. La del descanso, con una reducción de la actividad. Pero reducción no significa paro. Ya que cambian su actividad por otras más creativas y satisfactorias.

Un 5% de estos ancianos viven en residencias, aunque la mayoría lo hacen en su hogar o con algún familiar. Los ancianos quieren vivir cerca de sus hijos, pero independientes. Un 73% de los mayores de 65 años, según el Plan Gerontológico Nacional. Si el anciano tiene mala salud, es llevado con sus hijos o a una residencia, si éstos no pueden atenderlos. Estos hogares multigeneracionales facilitan la interacción y los intercambios de ayuda a la persona mayor, aunque siempre vamos a ver a la mujer como cuidadora de estas personas mayores.

Nos preocupa la vejez patológica, que significa una aceleración en el proceso de envejecimiento por factores adversos, que terminan por afectar al buen funcionamiento corporal. Sabemos por experiencia, que la salud de los ancianos está condicionada por un estado de salud anterior. Se envejece como se vive. Si tenemos un grado de satisfacción vital grande,

envejeceremos más despacio. Debemos mantener una imagen positiva de los ancianos y estimularlos a conservar una gran cantidad de contactos sociales, intereses, actitudes positivas ante la vida, etc. Ello mejorará el estado de salud y disminuirá la necesidad de apoyos. Lo que desean los ancianos de hoy, es tener una vida plena, sin necesidad de ayudas de los hijos, estar en unos entornos saludables y tener opción a todo tipo de actividades lúdicas y recreativas.

A veces generalizamos y tratamos al envejecimiento individual como el poblacional o nacional. Hay que tratar a la persona individualmente, ya que su problema se puede solucionar y no baremarlos a todos por igual. Para ello, ya vimos las características de la edad cronológica, esperanza de vida, límite máximo de vida, la longevidad, etc. Como hemos mejorado las condiciones de vida, alargamos los años de vida. Por ello, ya no nos sorprende tanto que vayan apareciendo muchas personas centenarias, pero debemos estar preparados y tener todos los recursos sociales a su alcance para que puedan vivir dignamente en su casa y con los suyos.

Vamos a ver los apoyos que los ancianos generan, tanto formal como informal. Estos apoyos sociales óptimos hacen que el anciano pueda permanecer el mayor tiempo posible en su domicilio y con los suyos. Veremos que no sólo afecta a la familia, que se beneficia del anciano en todos los terrenos, sino que también a la sociedad, pues lo que le cuesta al Estado un anciano en domicilio y en residencia, es muy distinto: 500€/ persona en domicilio, a 2000€/ persona en residencia. Así que ganamos todos, teniendo a nuestros mayores en casa, pero bien atendidos y con todos los recursos sociales a su alcance. (Macías Núñez, J.F., Geriátría desde el principio, 2001).

1.3.2. Apoyo social e intervención comunitaria

Primeramente definiremos qué es apoyo social. Luego veremos a los aspectos fundamentales del apoyo social y haremos un poco historia de cómo empieza a descubrirse la importancia del apoyo social y los beneficios que nos traen, tanto físicos como mentales. Analizaremos los principales mecanismos que explican los efectos positivos tanto en la salud como en el bienestar en las personas mayores. Examinaremos las principales intervenciones que incorpora el apoyo social.

Definimos con Nan Lin, 1986, apoyo social: “como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza, y que puede producirse en situaciones tanto cotidianas como de crisis a lo largo del ciclo vital”. (Lin y Ensel, 1989). Los primarios más importantes del individuo (Cassel, 1976, p. 113) Tanto como John Cassel que era médico epidemiólogo como Sydeny – Cobb y Gerald Caplan que eran psiquiatras se unieron en una misma investigación de la influencia del apoyo social en la salud y el bienestar.

También se vio el papel del apoyo social en la intervención social y comunitaria, tanto formal como informal, que rodean a las personas. *Intervención social:* Cassel y Cobb propusieron que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes. Cassel los denominó “protectores de salud” a esos apoyos sociales primarios más importantes para el individuo. Cassel se decantó por los efectos negativos

que en determinadas condiciones urbanas de hacinamiento, viviendas deficientes, vecindarios deteriorados, ejercían sobre la salud física y emocional de las personas.

Ello le llevó a pensar que era el deterioro de los vínculos sociales y la falta de información que las personas reciben acerca de su situación y que interfieren en el feedback relacionado con la precisión de sus percepciones y la efectividad de sus conductas. Cobb pone el énfasis en la información y cree que el apoyo social se debe a la información que lleva al sujeto a creer que es querido y cuidado, que es estimado y valorado y que, además, es miembro de una red de comunicación y obligaciones mutuas.

Los dos coinciden en considerar a la relaciones sociales como beneficiosas para la salud y que ejercen un rol moderador y protector de los efectos perniciosos de los estresores psicosociales. House cree que el apoyo social puede sostener o mantener el organismo ante estresores u otras amenazas, mediante la promoción de conductas adaptativas o repuestas neuroendocrinas, y que estas relaciones sociales podrían tener un efecto causal en la salud (Housse y colaboradores, 1988).

Esto llevará a otros a relacionar el apoyo social con la salud física y mental. Caplan estudio los sistemas de apoyo informal de la comunidad y sus ideas sobre el papel del profesional en la prevención. Él vio que los sistemas de apoyo suministrarían a las personas las provisiones psicológicas necesarias para mantener su salud psicológica y emocional. Todos estos apoyos están vinculados con la salud. Ánimo a que los ciudadanos podrían suministrarse apoyos a través de un conjunto de actividades ayudados por los profesionales.

Los ejes del apoyo social: A) La estructura de la relaciones sociales: fuentes de apoyo social. Hay diferentes estratos o niveles de análisis de relaciones sociales. Benjamín Gottlieb, 1981, propuso tres nivel ecológicos de análisis: los niveles macro (integración y participación social), meso (redes sociales) y micro (relaciones íntimas). B) Las funciones del apoyo social. Hay una distinción entre: 1. Una perspectiva cuantitativa y estructural. Aquí se investiga el análisis de integración y de participación social y análisis de redes sociales. Se consideran tanto las variables estructurales (tamaño y densidad) como las variables de interacción (reciprocidad, frecuencia de contacto, homogeneidad) (Gracia y cols, 1995, Baron 1996).

Se enfatiza la importancia de las redes sociales y de las condiciones objetivas que rodean al proceso de apoyo social. No es lo mismo red social y red social de apoyo. La red social hace referencia al conjunto de relaciones sociales y sus característica estructurales. La red de apoyo social hace referencia al subconjunto de esas relaciones que desempeñan funciones de apoyo. 2. Una perspectiva cualitativa o funcional. Es la más importante. Es el análisis de la medida en que las relaciones sociales satisfacen diversas necesidades o desempeñan diferentes funciones.

Caplan nos dirá que la principal función del apoyo social era promover el sentimiento de que la persona 1. Se siente amada y cuidada y se preocupan de ella; 2. Se siente valorada y estimada; 3. Era miembro de una red de obligaciones mutuas. Esto es precisamente lo que piden nuestros mayores. Caplan nos definió el apoyo social como lazos entre individuos que permia: a) promover el dominio emocional; b) ofrecer consejo; y, c) proporcionar feedback sobre la propia identidad y el desempeño. Todos al final se ponen de acuerdo en distinguir tres funciones

fundamentales del apoyo social. *Funciones del apoyo social*: 1. El apoyo emocional, 2. El apoyo instrumental o apoyo material o tangible o ayuda práctica, 3. El apoyo informacional o consejo u orientación o guía.

Por lo tanto, el apoyo social puede aparecer en tres planos. *Planos del apoyo social*: 1. En el plano afectivo recogería las emociones. 2. En el plano conductual se refiere al apoyo tangible como la ayuda, ya sea material, financiera o de servicios. 3. En el plano cognitivo es la información, los consejos o las guías. *Otros apoyos*. Existen además otros apoyos: el apoyo de estima, de evaluación, de compañía social y, también, la oportunidad que nos ofrece de relacionarnos y ser apoyo para otros. C) Apoyo recibido versus apoyo percibido. Aquí nos estamos refiriendo al componente cognitivo y al conductual. Tanto Lin como Caplan distinguen dos dimensiones: la dimensión objetiva y la subjetiva del apoyo social.

Dimensiones del apoyo social: 1. Dimensión objetiva hace referencia a transacciones reales de ayuda que se producen con respecto a un individuo. 2. La dimensión subjetiva hace que esa transacción pudiera producirse en determinadas circunstancias.

Clases de apoyo social. Por lo tanto tenemos que tener claro cuál es la diferencia entre el apoyo social percibido del recibido: *El apoyo social percibido* es aquel que es percibida la disponibilidad de apoyo social, más que el hecho de recibirlo o no. Esto es importante para la salud (Cohen y Wills, 1985). También es la percepción de que algunos recursos estarían disponibles llegado el caso, lo que hace que se obtenga cierto grado de satisfacción de saberlo disponible. Sarason y sus colaboradores creen que este apoyo refleja un énfasis en la evaluación cognitiva que realiza la persona sobre su entorno (Sarason y cols, 1983).

El apoyo social recibido se refiere a las transacciones reales de apoyo que se producen entre la persona y su entorno. Aquí se distingue el que cree recibir una persona y el que cree dar otra persona. A lo largo de la vida vamos recibiendo diversos apoyos según las personas que tenemos más cercanas. Antonucci y colaboradores nos proponen el modelo de convoy (Antonucci, 2001; Kahn y Antonucci, 1980). Este modelo subraya la importancia de comprender el apoyo desde una perspectiva de ciclo vital, desde el útero a la muerte.

1.3.2.1. El apoyo informal en el esquema de producción de bienestar

Como veremos, la mayoría de las persona mayores reciben apoyo de **sus familiares**, especialmente de mujeres. Los servicios formales son los que ofrecen las Administraciones públicas. Pero la mayoría de las veces este parece invisible ante los ciudadanos. Las familias y los cuidadores, normalmente mujeres, han sido los grandes olvidados del sistema forma. En España, se ha dejado a la familia el peso de las personas dependientes y con enfermedades crónicas. Sólo los Países Escandinavos o los países Bajos se han salido de los modelos clásicos de protección social.

Pero estos modelos no han tenido en cuenta los profundos cambios sociales que significan la deconstrucción del sistema de género y la consiguiente simetría de roles que se está produciendo actualmente. Los modelos clásicos se asentaban en la división sexual del trabajo: varón sustentador, mujer encargada de las tareas reproductivas y asistenciales. El Estado continúa penalizando a las mujeres. (Rodríguez, P., 2002^a).

Aquí, los países mediterráneos siguen el ejemplo y paradigma del modelo de bienestar “familista”, según el cual las políticas públicas dan por supuesto que las familias deben asumir la provisión de bienestar a sus miembros (Esping-Andersen et al, 2002), sin que éstas reciban apenas prestaciones. (Libro Blanco, 2000). Entre los países mediterráneos se encuentra España. Y sólo en los casos de personas sin familia, sin rentas intervenía el Estado o la Iglesia para ofrecer una “cama”. Esto se vio en la investigación referida a la situación de las personas mayores en España en 1970 (Informe GAUR 1975).

Este informe dice lo siguiente: “Los servicios asistenciales institucionales en otros países de ayuda al anciano en su propio domicilio: servicio de comidas, ayuda en las faenas caseras, servicio médico-sanitario, etc. son inexistentes en España...lo que no permite al anciano tener autonomía propia en el cuidado personal; la única ayuda institucional existente a nivel práctico son los Asilos y Residencias que a su gran escasez... no reúnen condiciones mínimas de confort. [...] Y el medio familiar proporciona, en la medida de sus escasas posibilidades, la protección que necesitan sus miembros más ancianos Por lo que decimos que las relaciones familiares juegan en España un papel básico y vital, de las que dependen en muchos caso la propia existencia física y material del anciano.” (Año 1970).

Familismo, es entendido según Chiara Sarraceno como “una confianza permanente en la familia, en su solidaridad intergeneracional y en su estructura tradicional de género, como proveedora de trabajo y servicios asistenciales y como integradora de medidas inadecuadas de apoyo a los ingresos”. Las aportaciones que realizan las familias (las mujeres), se han ido incorporando el concepto de “régimen de bienestar familista”, según investigaciones (Durán, 1999; Rodríguez Cabreo y Montserrat, 2002).

Se observa, que es en los países donde más apoyo informal hay, existen menos prestaciones públicas de apoyo a la familia. España, donde la familia es la máxima proveedora de atención y cuidados a todos sus miembros que los recibe, es el último de los quince (UE, 2004) en gasto social de apoyo familiar, en porcentaje de los respectivos PIB. El sistema español de protección social en lo que atañe a los cuidados de larga duración precisa ser perfeccionado y ampliado, ya que existen en nuestra Seguridad social mecanismos de cobertura de esta necesidad (gran invalidez, prestación de ayuda de tercera persona, ayudas por hijo a cargo...). También diferentes fórmulas de beneficios fiscales a las familias por los cuidados.

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado recientemente algunos cálculos sobre el impacto social y económico que representa este apoyo informal de las familias (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999) En 1991, un tercio de los hogares españoles tenía entre sus miembros a una persona dependiente de más de 60 años.

Según la edición del Panel de Hogares de la Unión Europea de 1995 (PHOGUE) era sobre el 7% (un 3% de hombres y un 9% de mujeres), lo que nos da un equivalente a dos millones de personas. Hay que resaltar que tres cuartos de los cuidadores eran mujeres. En 1998, el 12% de la población mayor de 18 años tenían un familiar mayor dependiente y el 40% de los cuidadores informales llevaba más de cinco años ayudando una media de 8,8 horas diarias (Ministerio de Sanidad y Consumo y el Centro de Investigaciones Sociológicas).

1.3.2.2. El apoyo formal en nuestro país

Ha sido pobre en relación con los otros países de la Unión Europea. Esto se debe a que los sectores públicos y privados se han inhibido, quizás por la existencia de un “modelo familiar” que ha resultado suficiente hasta cierto momento (Esping-Andersen, 1999). Los servicios públicos proporcionaban escasa cobertura, excepto en los caso que las personas carecían de medios económicos y de apoyo familiar. Los ayuntamientos se han estado encargando de la atención domiciliaria. Las Comunidades Autónomas se ocupaban de las Residencias. Pero es cualquier caso, las personas mayores deben aportar ciertas cantidades como contrapartida a estos servicios. Más adelante veremos el apoyo formal en nuestra Comunidad Foral.

1.3.2.2.1. La comunidad como fuente de apoyo social

Entre los factores más relevantes que suelen ser estudiados está sin duda el apoyo social. A tal efecto, Enrique Gracia y Juan Herrero (2006); (Herrero y Gracia, 2007), han elaborado un instrumento que evalúa el apoyo social en el estrato más externo de las relaciones sociales: **La comunidad**. Este instrumento, que espero poder aplicar en próximas investigaciones, permite obtener tres puntuaciones:

Escala 1. Integración comunitaria. Evalúa el grado de pertenencia e identificación con la comunidad.

Escala 2. Participación Comunitaria. Evalúa el grado de implicación en las actividades sociales de la comunidad.

Escala 3. Apoyo en las Organizaciones Comunitarias. Evalúa el grado de apoyo que la persona percibe en las organizaciones de la comunidad.

Escala de Apoyo Comunitario Percibido (Gracia y Herrero, 2006). A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste según su criterio poniendo un círculo alrededor de la respuesta que considere adecuada. Tenga en cuenta:

1. Significa que estás muy en desacuerdo.
2. Significa que estás en desacuerdo.
3. Significa que estás en parte de acuerdo y en parte en desacuerdo.
4. Significa que estás de acuerdo.
5. Significa que estás muy de acuerdo.

Escala 1	
1. Me siento identificado con mi comunidad/barrio	1 2 3 4 5
2. Mis opiniones son bien recibidas en mi c. /barrio	1 2 3 4 5
3. Muy pocas personas de mi comunidad saben quién soy yo	1 2 3 4 5
4. Siento el barrio como algo mío	1 2 3 4 5
Escala 2	
5. Colaboro en las organizaciones y asociaciones de mi com.	1 2 3 4 5
6. Participo en actividades sociales de mi barrio o com.	1 2 3 4 5

7. Participo en algún grupo social o cívico	1 2 3 4 5
8. Acudo a las llamadas de apoyo que se hacen dentro com.	1 2 3 4 5
9. No participo en las actividades socio-recreativas de com.	1 2 3 4 5
Escala 3	
Como sabes, asociaciones deportivas o culturales, grupos sociales o cívico (asociaciones de vecinos, amas de casa, de consumidores, comisión de fiestas, etc.), la parroquia, agrupaciones políticas o sindicales, ONG's, etc. Son organizaciones en las que se desarrolla una parte importante de la vida social de las personas. En estas organizaciones:	
10. Podría encontrar personas que me ayudaran a resolver mis problemas	1 2 3 4 5
11. Encontraría alguien que me escuche cuando estoy decaído	1 2 3 4 5
12. Encontraría una fuente de satisfacción para mí	1 2 3 4 5
13. Lograría animarme y mejorar mi estado de ánimo	1 2 3 4 5
14. Me relajaría y olvidaría con facilidad mis problemas cotidianos	1 2 3 4 5

1.3.2.2.2. Percepción de apoyo social en las relaciones íntimas y de confianza

Ensel y Lin (1991) desarrollaron una escala breve para evaluar el apoyo social percibido en las relaciones íntimas y de confianza. Con qué frecuencia te han preocupado los siguientes problemas en los últimos meses:

1	2	3	4	5
La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Marca con un círculo el número correspondiente a la opción elegida.				
1. No tener pareja.....				1 2 3 4 5
2. No ver a familiares y conocidos.....				1 2 3 4 5
3. No tener amistades íntimas				1 2 3 4 5

1.3.2.2.3. Capacidad social

Valoración y examen del anciano: (Plan gerontológico: Establece en los 75 años la edad de valoración global. Hay 2 grupos: 1. Ancianos entre 70-80 años y 2. Ancianos mayores de más de 80 años). Hay que valorar cuatro esferas: 1. Clínica, 2. Funcional, 3. Mental, 4. Social.

La valoración geriátrica incluye: La valoración clínica, la anamnesis, la exploración física y una serie de escalas de valoración, que facilitan la detección, cuantificación objetiva y el seguimiento dinámico de los problemas del anciano y posibilita la relación de los distintos profesionales que le tratan. (Selva et al., 1992; Saavedra JM, 1995) Estas se valoran mediante test que se realizan a los ancianos en las cuatro esferas:

1.3.2.2.3.1. Valoración Clínica

Entrevista clínica o anamnesis, aspectos nutricionales e hidratación. Para evaluar el estado nutricional se utiliza el MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA), herramienta que recoge parámetros antropométricos, dietéticos, evaluación subjetiva y global. Puntuación máxima de 30 puntos. Un 25% de las muertes en personas mayores es por estar malnutridos. Por lo que este punto es muy importante.

< 17 puntos =	Mal estado nutricional
Entre 17-23, 5 =	Riesgo de malnutrición
> 24 =	Estado nutricional adecuado

1.3.2.2.3.2. Valoración Funcional

Ésta determina la capacidad para realizar su actividad habitual, manteniendo su independencia en su entorno: Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades avanzadas (AAVD), instrumentales (AIVD) y básicas (ABVD).

ABVD viene a representadas por las tareas que diariamente debemos realizar para el autocuidado.

AIVD hacen referencia a las tareas con las que interaccionamos con el medio para mantener la independencia

AAVD son las que permiten la colaboración en actividades sociales, recreativas, de trabajo, viajes y ejercicio físico intenso.

Vamos a describir las **escalas** más utilizadas para evaluar ABVD:

- Índice de Katz.** Actividad básica de la vida diaria. Consta de seis ítems: baño, vestirse y desvestirse, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación. Según la puntuación total, los pacientes queda clasificado en siete grupos, donde A corresponde a la máxima independencia y G a la máxima dependencia.
- Índice de Barthel.** Actividad de la vida diaria. Valora el baño, vestido, aseo personal, uso del retrete, transferencias, subir y bajar escalones, continencia urinaria y fecal y alimentación. Se puntúa de 0 a 100, lo que confiere mayor facilidad para el uso estadístico de los datos. Los datos se agrupan en cuatro categorías:

Dependencia total.....	< 20 puntos
Dependencia grave:	20 a 35 puntos
Dependencia moderada:	40 a 55 puntos
Dependencia leve	> ó = 60 puntos

- Índice de Lawton y Brody.** Actividades instrumentales de la vida diaria. Valora el uso del teléfono, ir de compras, prepara la comida, realizar tareas del hogar, lavar, utilizar el transporte, controlar la medicación y manejar el dinero. La puntuación varía entre 0 y 8 puntos. En mujeres se valoran las ocho funciones:

A) Mujeres	B) Hombres
Dependencia total (0-1)	Dependencia total (0)
Dependencia severa (2-3)	Dependencia severa (1)
Dependencia moderada (4-5).....	Dependencia moderada (2-3)
Dependencia leve (6-7)	Dependencia Leve (4)
Autónoma (8).....	Autónomo (5)

1.3.2.2.3.3. Valoración Mental

Es esencial en las personas mayores, abarca la esfera cognitiva y la afectiva y las variables implicadas en la fragilidad de ambas:

A) Fragilidad afectiva. Existe un 25% de personas mayores con trastorno psíquico y con trastornos de ansiedad y depresión.

B) Fragilidad cognitiva-demencia. Entre 7-10% de los mayores presenta un cuadro de deterioro cognitivo-demencia.

El Minimental: **Aquí utilizamos el de Folstein o la adaptación de Lobo (MEC)**

Normal:	35
Dudoso:	22
Alterado:	< 22

Por eso es importante detectar los factores de riesgo asociados, para identificar al anciano frágil afectivo o cognitivamente. Del 72% al 80% de los casos, el deterioro cognitivo es leve (Iràizoz I. 1999, en ANALES NAVARRA). Pero hoy....veremos.

1. Valoración cognitiva. El deterioro cognitivo tiene una elevada prevalencia, alcanzando a la población general entre un 7-10%. Pero en el ámbito sanitario se ha comprobado que más de 50% de las personas mayores presentan deterioro cognitivo-demencia. Se suele asociar con trastornos conductuales y con síndrome geriátricos como inmovilidad, caídas, impactación fecal, úlceras por presión, etc. Este síndrome geriátrico tiene una impactación directa sobre la esfera funcional y social.

Se asocia con un pronóstico rehabilitador malo y gran consumo de recurso sociosanitarios. Esta valoración cognitiva se complementa con test de cribado, que aportan objetivación y facilitan la comunicación entre los profesionales. Además, nos permite cuantificar los cambios en el tiempo y vemos la respuesta al tratamiento. Estos test deben tener en cuenta el nivel de instrucción y cultura, ya que si no comprenden o están obnubilados no se puede realizar a los ancianos. Tenemos una gran batería de tests pero vamos a utilizar los más sencillos y cómodos:

Cuestionario de Pfeiffer- SPMSQ (Short Portable Status Questionnaire): Lo bueno de este test es que es sencillo, breve y de aplicación rápida. Explora la orientación temporo-espacial, memoria reciente y remota, información sobre hechos reciente, capacidad de concentración y de cálculo. Presenta una sensibilidad del 68%, una especificidad del 96%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 82%. Se puntúan errores. La puntuación:

0 a 2 errores:	no deterioro cognitivo
3 a 4 errores:	deterioro leve de la capacidad intelectual
5 a 7 errores:	moderado deterioro
8 a 10 errores:	grave deterioro

Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE): es importante en el screening del deterioro cognitivo moderado. Explora la función intelectual: orientación temporo-espacial, memoria reciente y de fijación, atención, cálculo, capacidad de abstracción, lenguaje y praxias. Una puntuación menor de 24 puntos indica deterioro cognitivo, aunque debemos ajustarlo por la edad y años de escolaridad (ver tabla en anexos). Este test tiene mucha información verbal y es importante su utilización en personas con deterioro cognitivo grave. Nos da una sensibilidad del 98% y especificidad del 66% en personas mayores.

Mini-Examen Cognitivo de Lobo y col. (MEC): es el MMSE de Folstein adaptado al español. Es un test de screening del deterioro cognitivo, en el que se puede obtener una puntuación de 35 puntos, con un punto de corte establecido en 28 puntos. Es un test rápido y aporta gran información.

Test de Schulman o test del reloj: es un test de cribaje para el deterioro cognitivo. Se utiliza también para seguir la evolución de los cuadros confesionales. Es sencillo y valora y valora el funcionamiento cognitivo global, principalmente la praxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta (las 15:30).

Test de los 7 minutos. Lo dividimos en dos partes: la primera del test consiste en evaluar la orientación temporal (preguntas sobre el día de la semana, el mes y año). En la segunda parte del test, el análisis de memoria, se presentan al anciano imágenes que luego debe recordar, independientemente de cuál sea su edad o nivel educativo. En este momento, se le facilita una clave semántica, para que pueda recordar, si no mejora con esta ayuda, se orienta hacia una demencia tipo Alzheimer o a la existencia de un mayor riesgo a desarrollar. Las dos últimas partes se relacionan con pruebas de fluidez del lenguaje y praxia constructiva.

Set-test: valora la influencia verbal, la denominación por categorías y la memoria semántica. Se le pide al anciano que diga todos aquellos nombres que pueda recordar de cada una de las cuatro categorías (set): colores, animales, frutas y ciudades. El tiempo es 1 minuto. La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos. En ancianos es de 27 o más puntos. Este test tiene una sensibilidad del 79% y una especificidad del 82%.

2. Valoración afectiva:

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. Se encuentra en el 20% de los varones y el 40% en las mujeres. El diagnóstico es clínico. Es importante observar la comunicación no verbal: la forma de caminar, la actitud, el aspecto, el aseo, el tono de voz de la persona mayor, y otros como la pérdida de peso e irritabilidad, ansiedad, humor triste y astenia.

La ansiedad. Es uno de los principales síntomas afectivos que más repercuten sobre la calidad de vida de las personas mayores. Hay que interrogar al anciano sobre el estado anímico, labilidad emocional, anergia/hipoergia, anhedonia/hipohedonia, trastornos en el apetito y el sueño, ideación de muerte o tentativas auto líticas y quejas somáticas.

Diferentes test o escalas:

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale) GDS: específica para personas mayores. Existe una versión reducida de 15 preguntas. Es la escala recomendada por la British Geriatric Society. Se aplica entre 5 y 7 minutos. Puntuación de 5 o más. Presenta una sensibilidad de 85,3% y una especificidad del 85%. Evita los síntomas somáticos. Se utiliza para screening de depresión, evaluación de la severidad del cuadro depresivo y para la monitorización de la respuesta terapéutica. El punto de corte se sitúa en 5/6.

0 a 5 puntos: normalidad
 Entre 6 y 9 puntos: depresión probable
 ≥ 10 puntos: depresión establecida

Escala de Cornell: se detecta la depresión en personas con demencia. Se valora el humor, las alteraciones de conducta, los signos físicos, las fluctuaciones cíclicas y la alteración de las ideas en pacientes con demencia.

Escala de depresión y ansiedad de Goldberg: es breve, sencilla y de fácil manejo, que mediante una entrevista efectúa un cribaje de los trastornos psicopatológicos más frecuentes: la ansiedad y la depresión.

Escala de Zung: se utiliza en la investigación geriátrica. Tiene el inconveniente de resaltar mucho los síntomas somáticos.

1.3.2.2.3.4. Valoración social

Esta la suele realizar el trabajador social, pero todo el equipo debe conocerla y hacerla constar en la historia, ya que pueden tener repercusiones en la persona mayor. Es de vital importancia reconocer la relación con el entorno, el hogar, el apoyo familiar y social para establecer un plan de atención a la persona mayor. Al anciano en la consulta se le debe preguntar por los siguientes aspectos sociales: ¿soltero, casado o viudo? ¿Tiene hijos? ¿Viven en la misma ciudad? ¿Con quién vive? ¿Tiene contactos familiares, amigos o vecinos? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo es el domicilio donde vive? ¿Tiene ascensor el edificio donde vive? ¿Precisa algún tipo de ayuda para su autocuidado? ¿Quién es la principal persona que le ayuda o le cuida? ¿Tiene esa persona algún problema de salud? ¿Recibe algún tipo de ayuda formal?

1.3.2.2.3.4.1. Escalas de valoración social**1. Escala OARS de recursos sociales**

Proporciona información sobre cinco áreas: Estructura familiar y recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidades para la realización de AVD. Evalúa la respuesta en una escala de 6 puntos: desde excelentes recursos sociales (1 punto) hasta el deterioro social total (6 puntos)

2. Escala de valoración socio familiar de Gijón

Es utilizada para la detección de situaciones de riesgo y problemas sociales. Evalúa cinco áreas de riesgo social: 1. Situación familiar, 2. Vivienda, 3. Relaciones y contactos sociales, 4.

Apoyo de la red social y 5. Situación económica. La puntuación oscila entre 0 y 20, siendo la más alta puntuación la de peor situación social.

3. Escala de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)

Es la escala recomendada por la British Geriatric Society y el American Institute of Aging para la medición o cuantificación de la calidad de vida. Evalúa la actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción con la soledad y la ansiedad con un objetivo claro: medir el grado de satisfacción de la persona mayor. Se aplica fácilmente, excepto en deterioro cognitivo y trastornos del lenguaje (afasias).

4. Escala de Zarit

Utilizada para valorar la sobrecarga del cuidador principal de personas que padecen demencia. Valora la sobrecarga del cuidador y el impacto en su salud física y emocional, así como su situación económica. Consta de 22 ítems, organizados en subescalas de integración social, ocupación y orientación, independencia física y movilidad:

Entre 22 y 46: no sobrecarga
Entre 47 y 55: sobrecarga leve
Entre 56 y 110: sobrecarga intensa

Valoración social: Si el anciano vive solo o con otro anciano mayor de 75 años, no sería necesario realizar despistaje social y se derivará directamente a consulta de la **Trabajadora social**: 1. Relaciones sociales: Estado civil, relaciones familiares y relaciones con vecinos y amigos. 2. Actividades sociales: Pertenencia a grupos (Clubes, Centros de día), ocio, salidas fuera del domicilio/institución, ciudad, Visitas a clubes sociales, iglesias, actividades especiales y planes de futuro. 3. Recursos Económicos: Ingresos económicos (pensiones y ayudas) 4. Vivienda: Domicilio (habitabilidad, seguridad) Entorno y servicios públicos Barreras arquitectónicas. 5. Soporte Social: Convivientes. 1. Apoyo emocional: Persona de confianza 2. Apoyo Instrumental: tareas domésticas, transporte, compra. 3. Ayuda informativa: Modos de actuación.

1.3.3. Dependencia

La necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana. Vamos a hacer un recorrido por las distintas definiciones de la dependencia. Es un fenómeno nuevo, aunque siempre han existido personas dependientes.

Definición de Dependencia: la situación de necesidad en la que una persona requiere de la ayuda de otro/os para realizar las actividades de la vida diaria. Conlleva implicaciones sociales, económicas, psicológicas, familiares, y políticas. Sabemos que convergen diferentes factores como el envejecimiento demográfico, el aumento de la esperanza de vida y los cambios en la estructura familiar. Por ello, debemos dar respuestas ya, pues el problema está aquí y ahora.

Y estas respuestas son desde distintos ámbitos: político, sociales, sanitarios, psicológicos, económicos y familiares. Como iremos viendo, no existe una definición homogénea como dirá Pacolet (Pacolet et al., 2000). Vamos a ver la definición que da el Consejo de Europa: *“el estado en el cual se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan de una asistencia y/o ayuda importante – de otra persona- para realizar las actividades de la vida diaria”* (Consejo de Europa, 1998). Siguiendo al Consejo, Rodríguez la define: *“la consecuencia de una disminución de la capacidad funcional que origina al individuo dificultades para realizar alguna o algunas tareas (básicas o instrumentales)”* (Rodríguez, 1998).

Rodríguez cree que no debemos unir dependencia y autonomía, pues la dependencia es funcional, implica la dependencia de alguien o de algo, está circunscrita y relacionada con algún deterioro de salud y nos dice que tiene dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria, ya sean básicas o instrumentales.

Definición de Autonomía. La autonomía nos lleva a la capacidad de decisión de una persona sobre su vida. Se confunden fácilmente, ya que independencia significa capacidad para realizar las actividades físicas de la vida diaria, mientras que autonomía alude a la aptitud para tomar decisiones, razonar y expresar una opinión adecuada en una situación (Michel, Kressig y Gold, 1997).

Pero sigamos con la dependencia. Querejeta la define a la dependencia como *“el hecho concreto de necesitar de la ayuda de otra persona, para ciertas actividades de la vida diaria”*, y a la autonomía como *“la facultad abstracta de decisión sobre el gobierno y la autodeterminación de la propia vida”* (Querejeta, 2003). La OMS la define: *“es la limitación en la actividad para realizar algunas actividades claves y que requiere una ayuda humana que no se necesitaría de forma acostumbrada para un adulto sano”* (WHO, 2002a).

El Defensor del Pueblo la define como *“la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana”* (Defensor del Pueblo, SEGG y Asociación Multidisciplinar de Gerontología, 2000).

El IMSERSO establece que *“una persona es socialmente dependiente cuando como consecuencia de limitaciones severas de orden físico o mental requiere la ayuda de otra persona para realizar actos vitales de la vida cotidiana- Estos actos tienen que ver con el cuidado personal o que sirven de soporte imprescindible para dicho cuidado. Tales limitaciones, por tanto, suelen requerir cuidados prolongados referentes al cuidado personal, a ciertas actividades domésticas básicas y actos relacionales y de movilidad esencial (IMSERSO, 1999).*

También Garcés establece que “la dependencia surge cuando una persona requiere en mayor o menor grado la ayuda o la supervisión de otras para poder realizar las tareas o actividades de la vida diaria, ya sean básicas e instrumentales para desenvolverse de forma autónoma (Garcés, 2000). O’Shea piensa que “la dependencia podría estar originada o verse agravada por la ausencia de integración adecuados para la vida de las personas (O’Shea, 2003). Anteriormente Garcés y Pacolet y colaboradores habían añadido la multidimensionalidad de la dependencia antes que O’Shea. Pacolet y colaboradores establecen que la dependencia puede ser definida en términos de cuatro dimensiones: 1. La física, 2. La mental, 3. La social, 4. La económica (Pacolet y colaboradores, 2000). Garcés incluye además criterios culturales. Aunque al final, la planificación de recursos para u otro siempre dependerá del modelo de política social que se aplique y de los recurso que se destinen a ellos.

También vamos a definir el término de discapacidad. Desde la OMS, la “Cross-Cluster Initiative on Long- Term Care”, se recalca la dificultad para fijar una clara distinción entre discapacidad y dependencia (WHO, 2000a y Eurostat, 2003). **Definición de discapacidad.** Según la “International Classification of functioning Disability and Health (ICF) de la OMS, discapacidad se describe en 3 niveles: discapacidad a nivel corporal o “deficiencia”, a nivel personal denominada “limitación en la actividad”, y a nivel social como “restricción en la participación” (WHO, 2001).

Pero Querejeta nos dice que puede existir discapacidad sin dependencia (Querejeta, 2003). Según el Instituto Nacional de Estadística –INE- y OMS y Eurostat, que la discapacidad está relacionada con la dificultad: ninguna, moderada, severa y total para realizar las actividades de la vida diaria (INE, 2002; WHO, 2002a; Eurostat, 2003) y según Querejeta ésta se relaciona con factores concretos del contexto ambiental relacionados con la ayuda personal o técnica (Querejeta, 2003). Lo que nos afectaría más sería de que la discapacidad haga a las personas mayores dependientes de otras.

Definiciones complementarias de dependencia. Vamos a fijarnos en los términos que definen la mayoría a la dependencia: No existe una causa concreta generadora de dependencia. Lo que nos dice es que nos la define la multidimensionalidad de las causas generadoras (Garcés, 2000; Pacolet y colaboradores, 2000 y O’Shea, 2003). La necesidad de ayuda de otros. Ayuda formal e informal. (Ikegami, Hirdes y Carpenter, 2000; WHO, 2002^a).

La ayuda formal procede de recursos sociales y sanitarios públicos y privados destinados a la rehabilitación y cuidados de personas con diferentes niveles de dependencia (Observatorio de personas mayores, 2000) y la ayuda informal es prestada por la familia y/o los allegados. Se realiza de forma gratuita e implica altos costes de oportunidad en tiempo, ocio, salud y trabajo. Tenemos que decir aquí, que esta ayuda recae casi siempre en la mujer, ya sea la esposa, la madre, la nuera o la hija de la persona dependiente. La ayuda durante un periodo prolongado de tiempo o cuidados de larga duración (Defensor del Pueblo, SEGG y Asociación Multidisciplinaria de Gerontología, 2000).

Las actividades de la vida diaria: las ABVD y AIVD, la primera permite mantener una mínima autonomía personal y un nivel básico de calidad de vida. La AIVD es la que mantiene a la persona en su entorno. Siempre mirando los trabajos pioneros de Katz y colaboradores (1963) y Lawton y Brody (1969), que son los que nos han distinguido este grupos de actividades (Gudex y Lafortune, 2000; Casado y López, 2001).

Ha habido varias encuestas sobre dependencia: 1. Encuestas europeas. Aquí incluyen a los estados miembros de la Unión Europea e incluyen ABVD como lavarse, vestirse, transferencias, ir al baño, comer, ver, oír y hablar, y AIVD como las tareas domésticas y cuidado de la casa. También añadiremos la participación en cultura y social, además de actividades de comunicación y de relaciones con los demás, tan importante para las personas mayores (Eurostat, 2003). 2. Encuestas en España: EDDS y ENS. La EDDS 1999, considera actividades básicas de la vida diaria (ABVD): desplazarse ya sea cambios posturales como permanecer sentado o de pie y desplazarse dentro del hogar; cuidarse de sí mismo como asearse, lavarse, utilizar el servicio, vestirse y desvestirse y comer y beber.

Las actividades instrumentales (AIVD): realizar las tareas del hogar, desplazarse fuera del hogar y conducir vehículo propio (INE, 2002). ENS 2003, utiliza las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): utilizar el teléfono; comprar comida o ropa; coger el autobús, metro o taxi; preparar la comida; tomar medicinas; administrar su propio dinero; cortar una rebanada de pan; fregar la vajilla; hacer la cama; lavar la ropa; limpiar el piso; limpiar una mancha del suelo agachándose. Las actividades básicas (ABVD), se encuentran: comer, vestirse, desnudarse y elegir la ropa; peinarse y afeitarse, cortar las uñas de los pies, coser un botón, ducharse o bañarse, subir diez escalones, andar una hora o quedarse solo/a de noche. También publicada por INE, 2005 3.5.

1.3.3.1. Determinantes de la dependencia

La dependencia está asociada a diferentes variables: demográficas, sociales, culturales, económicas y de salud, ya lo habían hecho autores como Femia, Zarit y Johansson en 1997 y Zarit en 1998b. Vamos a utilizar el Modelo de Discapacidad propuesto por Verbrugge y Jette en 1994 adaptado a la dependencia o DISABLEMENT MODEL.

Éste explica la presencia de la discapacidad y de la dependencia a través de los siguientes componentes: 1. Un “*pathway*” o camino principal, y 2. Otras fuerzas representadas por los factores de riesgo y recursos internos o factores psicosociales que pueden influir sobre el camino principal. El “*pathway*” o camino principal está compuesto por 4 componentes ideado por Nagi en 1979 y 1991, interrelacionados: 1. La patología; 2. Las definiciones funcionales; 3. Las limitaciones funcionales, y 4. La discapacidad. Como decimos están interrelacionados, el primero lleva a las deficiencias funcionales de los sistemas corporales y éstas a las limitaciones funcionales, definidas como restricciones en las actividades físicas y mentales básicas y todo ello nos lleva a la dependencia que es la dificultad de realizar las actividades de la vida diaria.

Con este modelo vamos a poder inferir que las condiciones de enfermedad y deficiencia funcionales están relacionadas con la capacidad de un individuo para realizar actividades de la vida diaria. Las deficiencias generadoras de discapacidad pueden conducirnos a la dependencia. Hay enfermedades crónicas generadoras de dependencia pero que no son por ser personas mayores, sino por problemas de accidentes domésticos y tráfico. Garcés y colaboradores han hecho una clasificación de enfermedades predictores de riesgo de dependencia compuesta por siete bloques.

1.3.3.2. Grados de dependencia

1. **Dependencia moderada (grado 1):** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, *al menos una vez al día*. Aquí distinguiremos dos grupos: Grupo 1 A: con discapacidad moderada para algunas ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) que necesitan ayuda diariamente y Grupo 1 B: con discapacidad para algunas AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) como movilidad fuera del hogar y tareas domésticas, pero no tienen discapacidad para ninguna ABVD.
2. **Dependencia severa (grado 2):** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
3. **Gran dependencia (grado 3).** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, y por su pérdida total de autonomía mental o física, *necesita presencia continua de un cuidador*.

1.3.3.3. Enfermedades predictoras de riesgo de dependencia

1. Trastornos mentales; 2. Enfermedades crónicas; 3. Enfermedades agudas con riesgo de cronificación; 4. Enfermedades degenerativas; 5. Enfermedades congénitas; 6. Enfermedades oncológicas; y 7. VIH/Sida. (Garcés y colaboradores, 2002). Pero de ellas, a nosotros para nuestra investigación nos interesan las que afectan a las personas mayores: enfermedades del corazón, infartos, artritis, EPOC, ya que causan limitación en la capacidad funcional y se son las que padecen las personas dependientes (Femia, Zarit y Johansson, 2001; IMSERSO, 2002; Vrandenburg et al., 2002; WHO, 2002^a; Garcés et al., 2004).

El IMSERSO se fija más en las enfermedades osteoarticulares por la relevancia que tiene con la dependencia y porque son la causa del aumento de la morbilidad, limitaciones funcionales y del deterioro de la calidad de vida. También son causa de dependencia los problemas cerebrovasculares y originan graves discapacidades (IMSERSO, 2002). El INE nos dice que estas deficiencias son las principales causas de discapacidad en todos los grupos de edad y más en las personas mayores, ya que restringen sus actividades de ocio y otras. (INE, 2002).

Vemos como este camino principal o pathway está influido por variables que son factores de riesgo y factores psicosociales. Los primeros hacen referencia a características o conductas propias del sujeto que incrementan o reducen las probabilidades de aparición de la dependencia. Estos factores predisponen en cuanto que existen antes del inicio de la discapacidad y son características permanentes del individuo. Incluyen variables sociodemográficas que afectan a la gravedad de las deficiencias, las limitaciones funcionales y la discapacidad.

1.3.3.4. Variables sociodemográficas

1. **La edad** es uno de los grandes factores de la dependencia, existiendo una relación estrechísima entre dependencia y edad avanzada (Wiener y Hanley, 1989; Berkman et al., 1993; Parker, Thornslend y Lundberg, 1994; Béland y Zunzunegui, 1995; Rogers, 1995; Crimmins, Hayward y Saito, 1996; Ruigómez y Alonso, 1996; Blanco, 1998; Escudero et al., 1999; Grundy y Glaser, 2000; Pacolet et al., 2000; Waidman y Liu, 2000; Garcés et al., 2002; IMSERSO, 2002; Eurostat, 2003; Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales – MTAS-, 2005).

Sabemos que la dependencia aumenta a partir de los 50 años (IMSERSO, 2003) y se acelera alrededor de los 80 años (Observatorio de personas Mayores, 2000; Casado y López, 2001).

El riesgo de dependencia es 2,6 veces superior en individuos de 75 y más años (Fundación Pfizer, 2001). Casado y López nos dicen que son los de 85 y más años lo que padecen mayores problemas de dependencias (Casado y López, 2001) y el porcentaje es de 61,2% de estas personas frente a un 11,1% de personas entre 65 y 69 años (Red Centinela, 1999). Por lo que según Casado y López, la senescencia se revela como un factor determinante de la aparición de la dependencia. Casado y López, 2001). La edad es un factor predictor del grado de gravedad de la dependencia (Laukannen, 2001).

2. **El sexo** influye en la dependencia, donde se ha visto una mayor prevalencia en la población femenina. Las mujeres son la mitad del grupo de población dependiente y dos tercios cuando han superado los 80 años (Observatorio de Personas Mayores, 2000). Esto se debe a la mayor expectativa de vida.

Por ello, las mujeres mayores muestran una mayor probabilidad de multimorbilidad y son las que viven más tiempo con la discapacidad y poseen peor percepción de la propia salud. Suelen ser viudas y analfabetas y poseen menos recursos económicos que los hombres (Béland y Zunzunegui, 1995; Jacobzone, 1999; Grudy y Glasser, 2000; Casado y López, 2001; IMSERSO, 2002; Pérez, 2003).

3. **El nivel de estudios** se comprueba una relación positiva entre el bajo nivel de estudios y la dependencia. Entre personas con estudios sólo una de cada diez es dependiente, mientras que los analfabetos son muy dependientes, siendo dos de cada tres analfabetos son dependientes (Abellán y Puga, 2001).

Según la fundación Pfizer el riesgo de dependencia se multiplica por 1,6 en un nivel educativo superior a primaria y por 2 si se trata de personas analfabetas. (Fundación Pfizer, 2001). Esta asociación entre nivel alto educativo y baja dependencia se relaciona con las buenas condiciones laborales y económicas, con recursos psicológicos y sociales adecuados y con estilos de vida saludables (Wiinkleby et al., 1992; Manton, Corder y Stallard, 1997; Ros y Mirowsky, 1999). Pero aquí hemos de ver otros factores de riesgo relacionados como la inactividad, tabaco, obesidad, etc., considerados con una asociación clara de bajo grado educativo (Freedman y Martí, 1999). Otro factor es,

4. **El estado civil:** los viudos/as parecen mostrar más dependencia. Se sabe que la situación de viudez multiplica por 3 los riesgos de dependencia de solteros y uno de cada cuatro casados son dependientes (21%). Se sabe que las personas que no se han casado tiene mayor riesgo de dependencia (Béland y Zunzunegui, 1995; IMSERSO, 2002) Pero se sabe que hay otras variables como el estado de salud (Escudero et al., 1999), tener vivienda (Grundy y Glasser, 2000), y estar solos, abandonados y vulnerables (IMSERSO, 2002).
5. **Nivel de ingresos.** El bajo nivel se relaciona con la dependencia. Si los ingresos son sobre 400€/mensuales, la dependencia es el doble que los de renta de 900€/mes (Fundación Pfizer, 2001; IMSERSO, 2002). Pero la falta de recursos están asociada también a la edad, el género, el estado civil, el nivel socioeducativo y la soledad (CERMI, 2004). Grundy y Glasser consideran que determina más la clase social que el nivel de ingresos (Grundy y Glasser, 2000).
6. **La clase social** influye en la dependencia. Según la Fundación Pfizer encontró que las personas mayores con un nivel social medio-bajo, son dependientes uno de cada cuatro, mientras que el nivel social bajo, son cuatro de cada diez. Las mujeres con mejor posición

social tienen mayor grado de autonomía, mientras que los hombres de clase social media-alta son igualmente dependiente que los de clases social más bajas (Fundación Pfizer, 2001).

7. **Otros.** Pero también influyen modos de vida, obesidad, tabaquismo, sedentarismo, sobrepeso son factores que predisponen a la dependencia (IMSERSO, 2002).

1.3.3.5. Factores psicosociales o recursos internos que afectan al funcionamiento diario de las personas

Estos hacen referencia a factores psicológicos que reducen o incrementan la dependencia, según Verbrugge y Jette (Verbrugge y Jette, 1994). Vamos a enumerar estos factores psicosociales según Fermia, Zarit y Johansson (Femia, Zarit y Johansson, 1997).

1. **La maestría** es similar al control, que protege a las personas de las tensiones y estresores de la vida (Pearlin y Schooler, 1978). Se ha visto que existe una relación entre el nivel de maestría y las estrategias cognitivas y conductuales que modifican el significado y la consecuencia de la experiencia (Femia, Zarit y Johansson, 1997). Se ve que la maestría afecta al proceso de discapacidad (Berkman et al., 1993; Camacho et al., 1993). Según Roberts, Rukele y Haug, la maestría está asociada al mejor funcionamiento para las actividades de la vida diaria (Roberts, Rukle y Haug, 1994).
2. **El deterioro cognitivo** como la demencia desarrolla discapacidad y dependencia (Schaie, 1990; Fitz y Teri, 1994; Gill, Richardson y Tinetti, 1995; Gaugler et al., 2000b; Dekosky y Orgogozo, 2001; Njegovan et al., 2001). Se ha descubierto que los enfermos de Alzheimer en estado medio tenían un elevado riesgo de perder la capacidad de vivir de forma independiente (Caro y colaboradores, 2002). Estos enfermos han aumentado en los últimos 16 años en un 2.500 por cien para mujeres de 75 y más años y en un 2.000 por cien para los varones de 85 y más años (IMSERSO, 2002).

Sabemos que esta enfermedad tiene una etiología desconocida y no tiene en este momento tratamiento eficaz (Flórez, 1996). Se ha visto una relación entre deterioro cognitivo y dependencia (Femia, Zarit y Johansson, 2001). La depresión también se relaciona con la discapacidad (Turner y Noh, 1998; Camacho et al., 1993; Bruce et al., 1994; Smits, Deeg y Jonker, 1997; Ritchie, Toucho y Dedesert, 1998; Zarit, 1998b; Femia, Zarit y Johansson, 2001). Las personas depresivas tienen niveles bajos de capacidad funcional y se relacionan con la discapacidad (Bruce et al., 1994). Cuando la persona es discapacitada, la depresión actúa como una espiral que la lleva a una salud física y mental deficiente. (Femia, Zarit y Johansson, 1997).

1.3.3.6. Recursos económicos de la dependencia

Los costes de la dependencia recaen sobre la familia y más concreto sobre la mujer, que asume tanto los costes directos y tiempo como el coste de oportunidad en la vida laboral. Se verá que no se contempla la situación de dependencia derivada de la edad o como consecuencia de la enfermedad, excepto las situaciones de dependencia en las que coincide la falta de recursos, es decir, la protección asistencial bajo cargo de pruebas de recursos.

El déficit en la protección de la dependencia reside en la oferta de servicios sociales, así como el descoordinado impacto de las prestaciones monetarias por dependencia. Las coberturas de servicios sociales comunitarios y residenciales son bajas en comparación con los miembros de UE. El derecho a los servicios sociales es un derecho “debilitado” en lo asistencial. El desarrollo de los servicios sociales es competencia de las CCAA, lo que ha generado desigualdad entre

regiones en cuanto a cobertura e intensidad a pesar del esfuerzo nivelado del Plan Concertado de los servicios Sociales Municipales.

1.3.3.6.1. Clases de recursos

1. **Prestaciones monetarias de la Seguridad Social:** *contributivas y no contributivas* Por ayuda de tercera persona o hijo a cargo necesitados de cuidados especiales. Esta ayudas no siempre tienen relación objetivamente con la situación de dependencia a proteger. También es difícil de saber si recibe la ayuda el verdadero titular, la persona mayor incapacitada. Hay que dar las prestaciones a situaciones de dependencia y no por las pensiones o subsidios asistenciales relacionados con la carencia de rentas.
2. **Servicios Sociales:** Aquí la oferta pública no se relaciona ni con el grado de desarrollo económico y social de nuestro país ni con las necesidades de las personas que requieren esos cuidados. El servicio de Ayuda a Domicilio ha pasado de una cobertura del 2% a una del 3% en los últimos años. También ha habido cambios en los Centros de Días desde el 0,24 de la población mayor de 65 años, (16.454 plazas a 1 de enero del 2001) al 0,48 (33.709 plazas al 1 de enero 2004). En esto hay pocos desequilibrios territoriales entre CCAA.
3. **Las desgravaciones fiscales:** Ley 40/1998 del IRPF, existen diferentes tipos de beneficios fiscales como las personas mayores de 65 años en régimen residencial; y la reducción de los rendimientos íntegros en los trabajadores activos con discapacidad. También se benefician las personas dependientes y sus cuidadores. Pero quedan excluidos del ahorro fiscal los que no hacen la declaración de la renta. Por otra parte, las cuantías de ahorro están en función de la base imponible y de los distintos niveles de discapacidad, aunque se debería proteger la situación objetiva de dependencia con independencia de los ingresos. Además el cuidado debe vivir en el domicilio de la persona dependiente para poderse beneficiar de las desgravaciones fiscales. El 37,5% de los cuidadores residen fuera del hogar del dependiente y el 60,3% son familiares de algún tipo. Estas desgravaciones fiscales no son equitativas ni eficaces.
4. **Ayuda al cuidador:** Ley 39/1999 sobre conciliación de vida familiar y trabajo, prevé la concesión de excedencia hasta un año de duración para el cuidado de un familiar por razón de enfermedad y edad (atención a personas mayores). Habitualmente es la mujer la que deja su puesto de trabajo. Aunque si bien se le conserva el trabajo, no se financian las cuotas de la seguridad social, quedándose aún más desprotegidas.

5. Prestaciones:

Servicios sociales	Prestaciones Económicas de la SS y CC.AA.	Desgravaciones fiscales Ley 40/1998, IRPF	Conciliación de la vida familiar y el trabajo Ley 39/1999
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)	Ayuda a tercera Persona con gran invalidez	Mínimo Personal: Desgravación fiscal en función del grado de discapacidad e	Reducción de jornada
Teleasistencia	Complemento por Invalidez no contributivo 75%	Mínimo Familiar: Desgravación fiscal en función del grado de discapacidad e	Excedencia para cuidados hasta un año
Centro de Día	SATP (LISMI)		
Residencias Asistidas	Ayudas puntuales de las CC.AA. y		
Pisos protegidos			

1.3.3.6.2. El gasto en dependencia, servicios sociales y prestaciones monetarias

A) Vía de los presupuestos. B) Vía del gasto real. Son dos vías de acceso a la información:

1. A partir de los presupuestos de las CCAA que han considerado como dependencia en 2004 y 2. A partir del gasto real estimado en base a la información existente sobre usuarios, número de horas de los cuidados, precios unitarios de los servicios. Esta es la metodología que ofrece una mayor precisión en el conocimiento del gasto real. Pero la mayoría de los países presentan estimaciones tentativas.

Además hay dificultades para saber si lo asignado a dependencia va a parar a ella. Pero las Administraciones Públicas han realizado un esfuerzo titánico para estar a la altura de otros países miembros de la UE y de la OCDE en protección a las personas en situación de dependencia. Las CCAA son quienes determinarán cuáles serán las partidas presupuestarias destinadas a la atención a la Dependencia. Estos datos han sido facilitados al IMSERSO. Los datos aportados por Plazas residenciales, Centros de día, Ayuda a domicilio, Teleasistencia y otros han sido asignados a las Direcciones Generales por medio del IMSERSO.

. Aquí se observarán los gastos de cada CCAA en dependencia integrado por dos colectivos: personas mayores y discapacitados. Datos básicos sobre centros y recursos destinados a la atención de situaciones de dependencia por colectivos de población, 2004. Datos presupuestarios referidos a recursos de centros y servicios destinados a la atención de situaciones de dependencia por centros de gastos, (2004 Capítulo 8 del Libro Blanco)

1.3.3.7. Libro Blanco sobre la dependencia

Concepto de dependencia: “Aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos de la vida diaria”. Asumimos la definición del Consejo de Europa. Para estar en situación de dependencia deben concurrir tres factores: 1. La existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merme determinadas capacidades de la persona. 2. La incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria (Cuáles son éstas las veremos más adelante). 3. La necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Veamos cuáles son las “actividades de la vida diaria” que contempla el Libro Blanco:

- 1. Actividades relativas al cuidado personal:** 1. asearse solo, lavarse y cuidarse de su aspecto. 2. Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio. 3. Vestirse, desvestirse y arreglarse. 4. Comer y beber.
- 2. Movilidad en el hogar:** 5. Cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo. 6. Levantarse, acostarse y permanecer de pie o sentado. 7. Desplazarse dentro del hogar.
- 3. Tareas domésticas:** 8. Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios. 9. Cuidarse de las comidas. 10. Cuidarse de la limpieza y el planchado de ropa. 11. Cuidarse de la limpieza y el mantenimiento de la casa. 12. Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia.
- 4. Movilidad extradoméstica:** 13. Deambular sin medio de transporte.

Como vemos son 13 dichas actividades.

Vamos ahora a ver el umbral de entrada y grados de dependencia en España, a los que ya nos hemos referido previamente:

1. **Dependencia moderada (grado 1):** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día. Aquí distinguiremos dos grupos: Grupo 1 A: con discapacidad moderada para algunas ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) que necesitan ayuda diariamente y Grupo 1 B: con discapacidad para algunas AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) como movilidad fuera del hogar y tareas domésticas, pero no tienen discapacidad para ninguna ABVD.
2. **Dependencia severa (grado 2):** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
3. **Gran dependencia (grado 3).** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, y por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita presencia continua de un cuidador.

1.3.3.8. El Sistema Nacional de Dependencia en España tiene unos Principios Básicos:

1. Universalidad de prestación a todas aquellas personas en situación de dependencia, sea cual sea su edad y origen de dependencia y situación social. 2. Carácter Público de la prestación, con independencia de las formas de financiación. 3. Igualdad en el acceso al derecho. El Sistema Español reconoce la dependencia a la persona cuando ésta no puede realizar, sin ayuda, algunas de las actividades básicas antes enumeradas.

Modelos de protección social de la dependencia: De protección universal para todos los ciudadanos y financiación mediante impuestos. Aquí se encuentran los países nórdicos y Holanda. De protección a través del Sistema de la Seguridad Social, mediante prestaciones. Países centroeuropeos, vigente en Alemania, Austria y Luxemburgo. Asistencial, a ciudadanos carentes de recursos. Países del sur de Europa, entre ellos, España. Aquí las Administraciones Autonómicas y Locales pueden ampliar o mejorar las condiciones básicas.

La Ley de Atención a la Dependencia tendría carácter de normativa básica estatal y, por tanto, de mínimos garantizados. La financiación es mediante cuotas. La protección de la dependencia debe enmarcarse dentro del Sistema Público de Servicios Sociales, como cuarto pilar del sistema de protección del Estado del Bienestar, en el que se garantice unos servicios coordinados, suficientes y de calidad y se establezca el régimen de acceso real y efectivo a los mismos en toda España.

Se considera que existe fundamentación jurídica suficiente en la Constitución para regularla y que el Estado tiene títulos competenciales para ello. El Estado es el que garantiza las prestaciones básicas en materia tales como las de los derechos contemplados en los artículos: *Artículo 49* (disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos y *Artículo 50* (Tercera edad) de la Constitución Española.

Si vinculamos la dependencia a la Seguridad Social, el fundamento jurídico específico será el *Artículo 41* de la CE: “*Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social, para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementaria serán libres*”.

La valoración de la dependencia requiere de las aplicaciones de un baremo, que lo aprueba el Gobierno con rango de normativa básica, en desarrollo reglamentario de la Ley de protección de las personas dependientes, y aplicable en todo el ámbito del Estado. La gestión de la valoración de la dependencia se ha de poner en conocimiento de los órganos de gestión de las Comunidades Autónomas, del Centro de Salud y del Centro de Servicios Sociales municipal. Beneficiarios de las prestaciones de Atención a la Dependencia:

Factores sociales a valorar en la entrevista social. Principales puntos a registrar: 1. Situación familiar (interrelaciones y dinámica familiar). 2. Situación económica (nivel de ingresos-gastos. Aumento de gastos: contrato-cuidadora) 3. Vivienda (existencia de problemas de accesibilidad internos/externos. Adecuación a las necesidades del anciano. Cambios de domicilio). 4. Relaciones sociales (con su familia, vecinos, amigos, pertenencia a clubes, asociaciones,...). 5. Aislamiento social (existencia del mismo y su causa). 6. Soporte Social (establecer necesidad del mismo en relación a dependencia Apoyo real formal e informal. Existencia de cuidador/a y/o persona de referencia. Organización de cuidados. Sobrecarga). 7. Modo de afrontar su situación de salud/enfermedad e implicación familiar. 8. Los recursos familiares y socio sanitarios que pueden ser movilizables. 9. Disponibilidad/consentimiento individual y familiar. 10. Ofrecer/Prestar la relación de ayuda/apoyo social (seguir Guía de apoyo social/cuidadoras). Todos estos datos los vamos a tener en cuenta a la hora de hacer los test directamente a la población anciana.

1.3.4. El cuidador

Persona que cuida (formal e informal) a la persona dependiente. Veremos varias definiciones a lo largo del tema. Hay un único estudio que analiza simultáneamente el efecto que tiene la rumiación y la fusión cognitiva en el proceso de estrés del cuidador. Este artículo está en la Revista Española de Geriatria y Gerontología, volumen 50, Número 5, septiembre-octubre 2015.

Los autores concluyen, que la rumiación podría tener un impacto negativo en la salud mental de los cuidadores cuando sus niveles de fusión cognitiva son altos. Definen la rumiación como una estrategia de afrontamiento desadaptativa asociada con malestar emocional. Y la fusión cognitiva como estar psicológicamente dominado por la forma o contenido de los propios pensamientos.

En las características sociodemográficas de la muestra se ve claramente que el género del cuidador es claramente femenino. Que la relación de parentesco suelen ser esposas o hijas, que la edad media de la cuidadora es de 60,42 años, que la edad media de la persona cuidada ronda los 79,39, el tiempo medio de cuidados en años son de 3,58 y que las horas medias de cuidados son de 13,82.

La rumiación se midió a través de la versión reducida del Cuestionario de Estilos de Respuestas a la Tristeza (RRS-versión reducida. Se usó la versión española, que consta de 10 ítems y que evalúa la tendencia a la focalización pasiva y repetitiva en las propias emociones negativas. Presentan un formato de respuestas tipo Likert con 4 opciones (0= nunca; 3=siempre) Utilizaron un índice de consistencia interna de 0,90 (alfa de Cronbach). La fusión cognitiva se evaluó con la versión española de la Escala de Fusión Cognitiva (CFQ), formada por 7 ítems y con un formato de respuestas tipo Likert con 7 opciones de respuestas (nunca=1; siempre =7) y con un índice de consistencia interna de 0,87.

1.3.4.1. Se evalúan los recursos del cuidador

1. *Frecuencia de actividades de ocio.* Se evalúa con la adaptación de la Escala de Satisfacción con el Ocio y Tiempo Libre –LTS, versión española, con 6 ítems en formato de respuestas tipo Likert de 3 opciones (0 = raramente o nunca; 2 =mucho). Evalúa el grado en que el cuidador dedica tiempo a actividades de ocio y tiempo libre. Aquí el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,67.

2. *Evitación experiencial.* La escala mide hasta qué punto las personas presentan una actitud de aceptación de las emociones, pensamientos y experiencias negativas, así como su capacidad para actuar cuando tiene las experiencias negativas. Los autores utilizan la traducción castellano del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ) realizado por Barraca. Esta escala consta de 9 ítems con formato de tipo Likert de 7 opciones de respuesta (1= en absoluto de acuerdo; 7 = completamente de acuerdo), con un alfa de Cronbach de 0,61.

3. *Coherencia y satisfacción con valores personales.* Se midió a través de la versión española de la escala de satisfacción del Cuestionario de valores de Wilson y Luciano. Mide la coherencia o el grado de consistencia con cada una de las 12 áreas de la vida y el grado de satisfacción de la persona con el estado actual de cada una de las áreas. Ambas escalas presentan un formato de respuesta tipo Likert con 10 opciones (1 = “nada satisfecho”; 10 = “totalmente satisfecho”).

4. *La depresión.* Se mide con la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos. (CES-D), validada al castellano por Losada, con 20 ítems y con un formato de respuesta tipo Likert de 4 opciones (0 = raramente o nunca; 3 = todo el tiempo). Utilizaron un alfa de Cronbach de 0,89.

5. *Ansiedad.* Se midió con la escala de Tensión del Perfil de Estado de Ánimo, versión estado (POMS), en una versión española con 9 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert, con 5 opciones (0 = nada; 4= muchísimo). Nos valora la ansiedad del sujeto la semana previa. Un índice de consistencia interna fue de 0,91(alfa de Cronbach).

6. *Satisfacción de la vida.* Con la versión española con la Escala de Satisfacción de la vida, que está formada por 5 ítems y con un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo). El índice de consistencia interna fue de 0,92 (alfa de Cronbach). Todo esto hecho para el cuidador. No es nuestra investigación, pero si me parecía interesante el estudio hecho. También proponen en este estudio terapias para los cuidadores: Terapia de Aceptación y compromiso, ya que promueve la difusión cognitiva enseñando habilidades para distancias a las personas de sus propios pensamientos. Todo ello, para reducir los niveles de malestar del cuidador. (Romero Moreno, Rosa et al., 2015).

Según Roig Abengózar y Serra, definen al cuidador principal en el estudio realizado. “*Éste es aquel individuo que dedica la mayor parte del tiempo (medido en número de horas al día) en el cuidado de la persona enferma*”. Dwywe, Lee y Jankowski, 1994 y Wilson en 1989, definieron al cuidador principal “*como aquel individuo procedente del sistemas de apoyo informal del enfermo, bien sea familia, amigo, u otros*”. (Roig Abengózar y Serra, 1998)

Tiene unas características especiales:

1. Asume las principales tareas de cuidado y las responsabilidades que conlleva
2. En la familia es visto como el que es responsable de los cuidados de la persona dependiente

3. No es remunerados económicamente por las tareas que realiza de cuidados
4. Ha realizado dichas tareas un mínimo de 6 semanas a 3 meses. En la enfermedad de Alzheimer, suele ser un familiar, según datos del IMSERSO EN 1995

1.3.4.2. El perfil

El perfil tiene nombre de mujer: el **83,6% son mujeres**. De éstas, un 43% son las hijas, un 22% son esposas y 2,5% son nueras. La edad media de los cuidadores es de 52 años, aunque un 20% supera los 65 años. El 76,2% están casados. El 43% tiene solo estudios primarios. El 60% comparte el domicilio con la persona dependiente. El 80% no existe ocupación laboral remunerada del cuidador. El 85% de los cuidadores presta ayuda diaria a su familiar mayor. El 60% no recibe ayuda de otras personas. El 20% tiene una rotación familiar en los cuidados moderada. El 26,9% dedica las 24h del día al cuidado. El 17% de los cuidadores comparten otros roles en la familia como el cuidado de hijos o esposos.

Es decir, son hijas, aún jóvenes, con edades entre 40 o 50 años, casadas, con hijos y trabajo fuera del domicilio familiar, sin formación específica en cuidados de personas mayores dependientes, no remuneradas y tienen una jornada laboral de cuidados sin límites, y, la mayoría de las veces, sin ayuda y apoyos ni dentro de la familia ni fuera de ella. El test de Zarit es el que mide el cansancio del rol del cuidador/a (Anexos).

La mayoría de los estudios realizados en relación al envejecimiento, según el IMSERSO, 2005, considera a la familia, especialmente a los hijos como la principal fuente de ayuda, de la Encuesta Nacional de 2008. En España, es la familia la encargada de prestar atención a las personas mayores cuando tienen problemas de salud o deterioro grave en su autonomía personal.

Es la familia la que tiene unas relaciones socioafectivas con las personas mayores y es la encargada de proporcionar seguridad y apoyo moral y social. La familia debe prepararse para afrontar el cuidado de la persona que envejece y saber buscar los apoyos sociales en diferentes momentos y niveles. El objetivo de esta investigación es intentar mantener a las personas mayores en su hogar y con su familia. Para ello, ésta debe estar preparada en todos los ámbitos de su vida, ya que el cuidado requiere tiempo, paciencia, medios y habilidades.

Estas últimas se pueden adquirir a lo largo del proceso de la persona dependiente. El cuidado es difícil y largo y costoso. Todo ello conlleva muchos recursos y tiempo. Incluso crea conflictividades dentro del núcleo familiar. Siempre hay una persona que asume la responsabilidad del cuidado, pero debe contar con ayudas y apoyos tanto dentro como fuera de la familia. Todos terminan siendo cuidadores en algunos momentos. Por lo que sugerimos que puedan contar con el máximo apoyo de la sociedad y de la comunidad donde viven. Ya que la idea es que la persona dependiente permanezca en su hogar y en su medio el mayor tiempo posible.

¿Quién cuida? ¿Quién es cuidado? ¿Quién necesita de + cuidados?: Tenemos que decir, que son las mujeres las que están revolucionando el concepto de vejez y/o de envejecer. Veamos más desglosado el enfoque de género. Características de la cuidadora: 83,6% MUJERES: El enfoque de género: la mujer como cuidadora (Zarit: rol del cuidador).

Un encuentro contigo misma, mujer,
Sea cual sea tu edad.
De vivenciar la belleza diversa
Que eres, que cada una somos.
De la posibilidad de enamorarte
Del latido de tus cambios...
...cíclicos, sabios, fascinantes.
De sentir tu capacidad natural de
Conectarte contigo misma,
Y desde ahí, abrirte o no al otro
Un encuentro contigo misma, a través de
Tu persona, tu amor.

Cíclicas & diversas

1.3.4.3. Pautas del cuidador

Aprende a delegar. Programa tu vida. Deja espacio de ocio y tiempo libre. Entender que su tesoro es el tiempo y su tiempo es su salud. Problemas a tener en cuenta: Problema para dormir. Cansancio nocturno. Pérdida de contacto social. Consumo de alcohol y sedantes. Cambios en los hábitos alimenticios. Dificultad para concentrarse. Dejar de tener interés para actividades que antes le producían placer. Comenzar a realizar actos rutinarios y repetitivos. Enfadarse con facilidad. Tener un trato desconsiderado con el resto de sus familias y amigos. **Estrategias para cuidarse a la hora de cuidar:** 1. Respecto a la alimentación: Sana y equilibrada. 2. Respecto al descanso: Descansar varias veces al día. 3. Respecto a la tensión física: hay que hacer ejercicio físico, masaje, relajación, cocinar, leer, rezar, etc. 4. Respecto a las relaciones sociales: Relacionarse con familias y amigos. 5. Respecto a los sentimientos y emociones: Estas varían con el tiempo y las circunstancias.

El cuidador/a debe saber delegar tareas a otros miembros de la familia. Y si es necesario, echar mano de los servicios públicos, asociaciones de autoayuda, voluntariado, etc. Para no sobrecargarse hay que saber mantener una “distancia emocional de seguridad” a través de contactos sociales. El cuidador debe dar importancia al ocio. (Munárriz, Ainhoa, 2015).

Los derechos de los cuidadores: Dedicar tiempo y actividades a ti mismo sin sentimientos de culpa. Experimentar sentimientos negativos, ante la enfermedad o pérdida de un ser querido. Intentar resolver por ti mismo todo lo que puedas y el derecho a preguntar sobre lo que no comprendas. Buscar soluciones que se ajusten razonablemente a tus necesidades y alas de tus seres queridos. Ser tratado con respeto por aquéllos a quienes solicites consejo y ayuda. Cometer errores y ser disculpado por ello.

El derecho a ser reconocido como miembro valioso y fundamental de tu familia incluso cuando los puntos de vista sean distintos. Quererse y admitir que hace lo que es humanamente posible. Aprender a disponer del tiempo necesario para tu descanso y su cuidado. Admitir y expresar sentimientos, tanto positivos como negativos. Decir no ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas. Seguir con su propia vida.

Esto es muy importante por la calidad de vida que pueden aportar a la persona dependiente. Si ellos no están bien, no pueden dar cuidados de calidad. Por ello, la importancia del saber delegar en otros miembros de la familia. En la propaganda de Lindor (pañales) que el 5 de Noviembre es el Día del Cuidador. Una iniciativa de Lindor Ausonia y la SEGG para dar visibilidad al trabajo de los cuidadores, que día a día, mejoran la calidad de las personas dependientes. Lema: “**Por ti, por ellos**”.

El psicólogo Flórez Lozano (2000) halla cuatro áreas en los cuidados de los pacientes dependientes con demencia y en todos los de dependientes:

1. **Dependencia afectiva.** Con frases: “nadie puede cuidarle como yo”. “depende de mí para todo”. Esto crea un círculo vicioso y el cuidador terminará con estrés y no verá la forma de salir de él. Aquí es difícil saber quién depende más de quién.
2. **Aislamiento social:** los contactos sociales disminuyen al comenzar la enfermedad. Pierde sus amistades, su vida laboral, familiar, etc. Al final, sólo tiene al enfermo.
3. **Problemas familiares:** discusiones con pareja, hijos, cónyuge, etc. Los problemas aumentan a la vez que empeora la enfermedad.
4. **Alteración de conducta:** vagabundeo, obsesiones, alucinaciones, agresividad, delirios, agitación, despertares nocturnos, lo que acarrea que el cuidador no descansa ni de día ni de noche. Está las 24h del día con el enfermo. Llegado un momento, sus alteraciones psicológicas son tan graves, que ya no puede hacerse cargo del cuidado.

1.3.5. Formas de comunicarnos con la persona mayor

Importante para los cuidadores. Comunicarnos es lo que nos diferencia a los humanos de los demás animales. Es lo que hace que las personas vivan en sociedad. No somos islas, vivimos unos con otros y nos comunicamos por medio del lenguaje. Para ello, debemos tratar con dignidad a las personas mayores y comunicarnos con ellas de las mejores formas posibles.

Ya sabemos que tendrán dificultades en recordar algunas palabras y otras, sus palabras no concordaran con nada. Y esto dificultara nuestro trabajo. Pero debemos aprender unas pautas sencillas para mejorar la calidad de vida de los familiares y de sus cuidadores.

Pautas comunicativas generales: Mírele siempre a los ojos. Hable lentamente y pronunciando claramente las palabras. Evite frases largas. Debe intentar que reconozca su voz siempre. Recuerde que no es un niño y trátele con respeto.

Pautas de comunicación para un manejo adecuado de la conducta: Acercarse a la persona mayor de frente y lentamente. Utilizar un lenguaje sencillo. Emplear frases cortas. Hablar despacio y claramente. Eliminar ruidos de fondo. Utilizar preguntas sencillas. Motivarle para que se exprese y ayudarlo a hacerlo. No hablar por él. No hablar de él como si no estuviese. Tratar al enfermo con dignidad y respeto. No tratarle como un niño o un “subnormal”. No ignorar alucinaciones o delirios. No sólo la comunicación verbal, también utilizar la no verbal.

La importancia de la comunicación para hablar y estar con los ancianos: “Es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que permite transmitir una información”. Es un proceso porque se lleva a cabo durante un lapso de tiempo y necesita la intervención de varios elementos: el emisor, el mensaje, el receptor y el código. Es el acto por el cual un individuo

establece con otro un contacto que le permite transmitir una información. Se transmite: 1. Información. 2. Sentimientos 3. Pensamientos 4. Otros

Los objetivos de la comunicación son: 1. Estudiar la definición de comunicación y su aplicación en el entorno sanitario 2. Conocer los principales aspectos que definen la relación auxiliar de enfermería-paciente 3. Estudiar los tipos de comunicación 4. Aprender sobre la relación de ayuda 5. Cuando el emisor concibe una idea que quiere comunicar; ya tiene en su mente un objetivo: el comportamiento o actuación que busca en el receptor”. 6. Objetivo inmediato: que el emisor reciba el mensaje nítido, tal y como sale del emisor. Busca la fidelidad en la transmisión. Los elementos de la comunicación son: Emisor: 1. El que emite el mensaje; 2. Receptor: La persona que recibe el mensaje; 3. Mensaje: Contenido de información que envía; 4. Canal: Medio por el que se envía el mensaje; 5. Código: Signos y reglas empleadas en el mensaje; 6. Contexto: Situación en la que se produce la comunicación

Hay varios tipos de comunicación. Aquí, a mí, me interesa resaltar más la no verbal.

1. La verbal. Formas: La usamos para proporcionar información Oral. A) Oral. Aquí usamos las palabras. (Gritos, Silbidos, llantos, risas, etc., son las formas más primarias de comunicarnos) La forma más evolucionada de la comunicación oral es el lenguaje articulado, los sonidos estructurales que dan lugar a las sílabas, palabras y oraciones para comunicarnos con los demás B) Escrita. Gráficos de signos (ideogramas, jeroglíficos, grafiti, logotipos. Hay que conocer el código que debe ser común al emisor y al receptor del mensaje

2. La no verbal: gestos. La usamos para expresar las actitudes personales y, a veces, como sustitutivo de los mensajes no verbales. El hombre se comunica con sus actitudes, sus movimientos de sus manos, ojos, cuerpo, cara, etc. gestos, miradas. Esto en un 70%: gestos apariencia, posturas, miradas, expresiones, etc. Esta comunicación se realiza a través de multitud de signos de gran variedad: imágenes sensoriales (visuales, posturales, auditivas, olfativas), sonidos, gestos, movimientos corporales, etc.

Características de la comunicación no verbal: 1. Mantiene una relación con la comunicación verbal. Suelen emplearse juntas. 2. Actúa como reguladora del proceso de comunicación. Amplia o reduce el significado del mensaje. Esta comunicación varía según las culturas. Acompaña a la verbal, la completa, la modifica o la sustituye.

En la comunicación no verbal tenemos: A) El lenguaje corporal: gestos, movimientos, el tono de voz, la ropa, el olor corporal, etc. B) El lenguaje icónico: 1. Código morse, 2. Códigos universales: Braille, lenguaje de signos, morse, sirena 3. Códigos semiuniversales: Besos, luto, duelo. 4. Códigos particulares o secretos: (árbitros)

Dimensiones de la conducta no verbal

1. La kinestésica. El movimiento corporal o la conducta kinestésica incluye: gestos, movimientos del cuerpo, expresiones faciales, movimientos oculares, postura. Además implica la identificación de las señales vocales no verbales denominadas paralenguaje: la forma del mensaje.

Los ojos. Pueden expresar sentimientos, deseo de cambio interpersonal o disposición para seguir o dejar de hablar. Si oculta o elude la mirada: Retracción, vergüenza o incomodidad. La falta de contacto ocular no sugiere decepción o falta de sinceridad. El contacto ocular puede sugerir una señal para pedir una pausa en la conversación o para pedir algo. Muchas miradas entre dos personas: un mayor nivel emocional. Apartar la mirada: esconder la vergüenza que

significa expresar un sentimiento que se valora social o culturalmente como tabú. El parpadeo excesivo (normal es de 6-10 veces/minuto): ansiedad. Si atención y concentración: decrece el parpadeo. Alejar la mirada: estar recordando algo.

La dilatación de las pupilas es una respuesta involuntaria y autónoma: actividad emocional, interés. La contracción de las pupilas: actitudes negativas hacia las personas. (“Tu boca me dicen; vete y tus ojos me dicen; ven”).

La boca: La sonrisa se asocia a las emociones de felicidad y diversión los labios: 1. Tensos: implican estrés, frustración o rabia 2. El temblor del labio inferior o morderlo: ansiedad o tristeza. 3. La boca abierta sin hablar: puede indicar sorpresa o dificultad para hablar.

Expresiones faciales. La faz de la otra persona suele ser el estímulo más importante en la interacción porque es el principal emisor de información emocional. Suele utilizarse para iniciar y terminar las conversaciones, proporcionar feedback a los comentarios de los otros, subrayar o apoyar un mensaje verbal o transmitir emociones. La parte inferior del rostro (boca y región de la mandíbula): felicidad, sorpresa y disgusto. La parte de los ojos: la tristeza. La parte inferior del rostro y las cejas: rabia. Los ojos: el temor.

La cabeza. Los movimientos pueden ser fuente de mucha información para interpretar el estado afectivo o emocional de una persona: La cabeza erecta, de frente a la otra persona de forma relajada: receptividad para la comunicación interpersonal. Mover la cabeza de arriba hacia abajo: confirmación o asentimiento. Mover la cabeza de izquierda a derecha: desacuerdo o rechazo. Mover la cabeza al mismo tiempo que las piernas: rabia. Sostener la cabeza con rigidez: ansiedad o rabia. Cuando cuelga la cabeza en dirección al pecho: desacuerdo o tristeza.

Los hombros: La orientación de estos: Los hombros dirigidos al frente: interés, atención o receptividad para la comunicación interpersonal. Girar los hombros, o dirigirlos en otro sentido: la persona no es receptiva a los intercambios posturales. También: tristeza o ambivalencia. Encoger los hombros: de desconcierto, sorpresa, ambivalencia o frustración.

Los brazos y manos: Transmiten el estado emocional del individuo: Brazos cruzados: evitación del intercambio o rechazo a la revelación. Manos temblorosas: ansiedad o rabia. Brazos y manos que no se mueven: tensión, ansiedad o rabia. Brazos desplegados, relajados y unas manos gesticulantes: apertura. Sudoración de las palmas: ansiedad o actividad emocional.

El cuerpo. Suelen estar ligados los movimientos corporales al discurso humano. Si no hay sincronía: síntomas de patología. Una de las funciones más importantes de los movimientos del cuerpo: la regulación. Se utiliza para la finalización de la entrevista. La adopción de turnos.

2. **Las proxemias:** el espacio que una persona considera como propio, como si fuera una extensión de su cuerpo. Nuestra “**burbuja de aire**”. determinada: La densidad de población del lugar (rural/urbano). El tipo de cultura (occidental /oriental). El status en el trabajo. Zonas según Pease (1992): 1. Zona Íntima (15-25 cm): padres, cónyuge, hijos 2. Zona Personal (46-122 cm): trabajo o reunión. 3. Zona Social (123-360 cm): con extraños: fontanero 4. Zona Pública (+ 360 cm): grupo de personas. Relaciones del personal sanitario /usuario: curas. Visita al médico: produce tensión y angustia. Importa mucho en que cultura se desarrollan: rural/urbano. En el rural las distancias suelen ser más amplias

3. **El paralenguaje:** nos referimos a las formas no al contenido. La forma va a influir en el contenido matizándolo. Tiene que ver con el conjunto de señales vocales no verbales establecidas alrededor del comportamiento como común del hablar: vocalización se compone: Los caracterizadores vocales: risa, suspiro, bostezo, estornudo, etc. Los cualificadores vocales: la intensidad de la voz, la altura-grave o aguda-, y la extensión hablar cortado o arrastrar las palabras. Las segregaciones vocales: admiraciones o esos sonidos del tipo: “ah”, “uh” “hunm” Si habla más alto de lo que se espera: enfadado o insolente. El volumen está vinculado a culturas. Estereotipos: Hombre hablando rápido: inteligente o convincente. Mujer hablando rápido: nerviosa.

La forma de hablar puede variar el mensaje: la voz es un barómetro de nivel de estrés, fatiga o estado emocional. Uso del paralenguaje: 1. ¿al hablar me hace falta aliento?, 2. ¿hablo lento o demasiado rápido?, 3. ¿me salen las palabras de manera atropellada?

La percepción del entorno. El medio puede percibirse como activador o no activador. Puede producir sobre las personas efectos diversos como: 1. Excitación. 2. Aburrimiento. 3. Confortabilidad 4. Estrés.

4. **La percepción y uso del tiempo.** Incluye multitud de dimensiones que pueden afectar a la interacción entrevistador/entrevistado: La percepción del tiempo, la puntualidad al iniciar y finalizar los temas y sesiones. Hay que reconocer y explorar las señales por múltiples razones: 1. Porque sus conductas no verbales son claves de sus emociones y son parte de las expresiones personales. 2. El análisis de la conducta no verbal puede proporcionar una visión más completa de su conducta. 3. Las señales no verbales divulgan más “informaciones secretas” que sus mensajes verbales 4. Las conductas no verbales son más espontáneas que las conductas verbales. Las palabras pueden ser manipuladas antes de ser emitidas...las conductas no verbales son difíciles de controlar. Emociones. Estado de ánimo producido por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos, que con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión.

5. **Los ilustradores.** Son gestos que acompañan a la comunicación verbal vocal, haciendo un papel de mediación cuando el hablante tiene dificultades para establecer una conexión o desempeñar un papel de aclaración. Se usan intencionadamente. Son movimientos que acentúan o enfatizan una palabra o una frase. Su funciones son: aclarar/ ayuda para el receptor. Forma de autocontrol (tensión). Ejemplo: el cliente que mueve las manos y los antebrazos y que habla sin parar: un estado de ánimo muy alterado

6. **Los reguladores.** Son aquellos movimientos que mantienen y regulan el acto comunicativo. Se encargan de advertir al emisor que continúe, que repita, que se le pide turno para intervenir. Controlan la interacción proporcionando gran cantidad de información sobre la marcha de ésta. Tiene un importante papel de mediación en la interacción. Se obtiene un “feedback” acerca de cómo los demás reaccionan a una información. Ayudan a regular el flujo de la comunicación. Son casi involuntarios, pero los percibimos muy bien en los otros. Muy importante. La mirada (¡¡¡Pero mírame!!!)

El no mirar a la cara de la otra persona: efecto de despersonalización ()

7. **Los adaptadores:** Son conductas no verbales que han desarrollado para satisfacer necesidades, dominar emociones, establecer y mantener contactos sociales, etc. Son conductas con nula intención comunicativa pero son claras conductas informativas. Los mensajes que emitimos son conductas comunicativas y que lo transmitimos de forma inconscientes son conductas informativas. No tienen la finalidad de ser usados en la comunicación, pero se ven arrastrados a ello. Tipos: 1. Los autoadaptadores: rascarse, frotarse las manos, escarbarse la

nariz 2. Los heteroadaptadores: Movimientos de extremidades 3. Los adaptadores dirigidos a los objetos: “jugar” con el bolígrafo,..

Otras señales que intervienen en la comunicación: el aspecto físico, la vestimenta, los artefactos profesionales, el tono de voz, el lugar de trabajo, etc. Todos van a emitir información.

Formas en que las señales no verbales apoyan los mensajes verbales: 1. Repetición: El mensaje verbal es “entra y siéntate” El mensaje no verbal: el gesto de la mano señalando 2. Contradicción: Me gusta/ ceño fruncido y con enfado en la voz. 3. Sustitución: Mensaje no verbal en vez del verbal. Ejemplo: ¿Cómo estás?: Sonrisa (equivale a decir: estoy bien) 4. Complementación: El mensaje no verbal complementa al verbal elaborándolo o identificándolo con el mensaje. Ejemplo: Al hablar comete más errores 5. Acento: Los mensajes no verbales subrayan los verbales y con frecuencia enfatizan el impacto que produce. 6. Negación: Si se mira hacia otro lugar o se levanta del asiento, la persona que habla deja de hacerlo. Pensamientos irracionales: A partir de un incidente, se generaliza. Se descalifica lo positivo, viendo sólo lo negativo. Hacer una montaña de un grano de arena. Infravalorar los éxitos. Lectura del pensamiento: “esto lo dice por...” Hacer una predicción de futuro sin base. Los “debería” (rigidez en cómo deberían suceder las cosas). Verse a sí mismo responsable de lo que ocurre.

Técnicas y habilidades: 1. Ser específico: concreto, preciso. Si se es inespecífico: no se llega a nada y no se moviliza nada 2. Evitar las generalizaciones: “siempre” “nunca” Es mejor utilizar otras etiquetas: últimamente..., la mayoría de las veces. Esto permite al otro sentirse correctamente valorado 3. Ser breves: “Lo bueno, si breve, dos veces bueno”

Cuidar la comunicación no verbal con las personas mayores (No se les puede engañar)

1. Debe ir de acorde con la verbal: Si digo: “ya sabes que me gusta” con cara de fastidio.... ¿cómo lo verá la otra persona? 2. Contacto visual es el porcentaje de tiempo que se está mirando a los ojos de la otra persona. Debe ser frecuente, pero no exagerado 3. Afecto es el tono emocional adecuado para la situación en la que se está interactuando.: tono de voz, expresión facial y el volumen de la voz (ni muy alto ni muy bajo) 4. Elegir el lugar y el momento adecuado: El ambiente: el lugar, el ruido, el nivel de intimidad. El criticar: mejor solo. El alabar o elogiar a alguien en grupo Discusión que se nos escapa: “lo dejamos para otro momento”.

Escucha efectiva: tiene que ser necesariamente activa por encima de lo pasivo. Se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Se necesita empatía, es decir, ponerse en el lugar de la otra persona

Elementos que facilitan la escucha activa: 1. Disposición Psicológica: a) prepararse interiormente para escuchar. b) Observar al otro: identificar el contenido de lo que dice, los objetivos y los sentimientos. 2. Expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal (ya veo, humm, uh, etc.) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinaciones del cuerpo, etc.) Elementos que evitar: 1. No distraernos. 2. No interrumpir al que habla. 3. No ofrecer ayuda o soluciones prematuras. 4. No rechazar lo que el otro esté diciendo: “Eso no es nada” 5. No contar “tu historia” cuando el otro habla. 6. No contra argumentar (...Yo también). 7. Evitar el “síndrome del experto” Ya tener la respuesta a sus problemas antes de que lo haya contado.

Habilidades para la escucha activa: 1. Mostrar empatía: “ponerse en su lugar” y entender sus motivos. Es escuchar sus sentimientos y hacerle saber que “nos hacemos cargo”. No

es mostrar alegría para hacerse el simpático. Esto no significa aceptar ni estar de acuerdo con la posición del otro. Frases: “entiendo lo que sientes”, “noto que...” 2. Parafrasear significa verificar o decir con las propias palabras lo que parece que el emisor acaba de decir. Ejemplo: “¿Quieres decir que te sentiste...?” 3. Emitir palabras de refuerzo como la verbalización que suponen un halago para la otra persona o refuerzan su discurso al transmitir que uno aprueba, está de acuerdo o comprende lo que se acaba de decir. Ejemplos: “Debes ser muy buena con los niños”, “bien...bien”, ¡estupendo! 4. Resumir informamos a la otra persona de nuestro grado de comprensión o de la necesidad de mayor aclaración. Ejemplo: “Si no te he entendido mal...”, “o sea, que lo que me estás diciendo es...” Practicar siempre la escucha activa. Otras veces, las relaciones son fuente de inquietud y estrés. Puede ser útil pensar sobre ellas e intentar cambiar lo que nos dañe. Nos ayudará en nuestra relación.

¿Cómo escucha? Según Carl Rogers: *“No se trata de inventar cosas a la gente. Simplemente escuchas y repites lo que dice la otra persona, paso por paso, tal como esa persona parece decirlo en ese momento. Nunca mezcles en esto ninguna de tus propias ideas, nunca añadas lo que la otra persona no dijo... Para mostrar que tú estás entendiendo correctamente, expresa en una o dos frases el significado personal exacto que esta persona quiso comunicar. Generalmente esto lo puedes hacer con tus propias palabras, pero usa las palabras de la otra persona para expresar las cosas más importante”.* (Roger, C. *El poder de la persona*, p.86)

1.3.6. Declaración Universal de los derechos de los ancianos

1. La participación en los beneficios del desarrollo de la sociedad, para lo cual es preciso que tengan cubiertas sus necesidades básicas y puedan disfrutar del mismo apoyo y los mismos servicios que el resto de la sociedad.
2. Su propia individualidad. El hecho de que se realicen programas de atención social y sanitaria especialmente dirigidos a personas de edad avanzada, no quiere decir que tengan que ser tratados todos por igual manera; cada anciano es una persona en sí misma y será preciso respetarlo como tal, procurándole el bienestar oportuno y necesario de forma individualizada, atendiendo a su propia personalidad.
3. La accesibilidad a los servicios públicos de cualquier índole (salud, educación, ocio, etc.)
4. La participación en las distintas actividades de la vida diaria.
5. La no dependencia, que les permite realizar sus tareas cotidianas.
6. La posibilidad de elegir la asistencia que reciban y el tipo de esparcimiento que desee.
7. La facilidad de medios de transporte que les permita desplazarse con comodidad.
8. Su auto cuidado en materia de salud y asistencia en el seno de su familia.
9. La asistencia en su propio hogar, ya que muchos ancianos no desean abandonar sus casas, creándoles un gran problema psicológico si tienen que hacerlo.
10. La productividad, las personas de edad avanzada, no tienen por qué ser relegados a la inactividad, ya que pueden seguir siendo recursos humanos valiosos con experiencia.

Capítulo 2. PERSPECTIVAS FILOSÓFICA, ANTROPOLÓGICA Y JURÍDICA SOBRE LOS ANCIANOS

Por mis estudios de Filosofía (Doctorado) y Antropología (Licenciaturas), he creído conveniente hablar desde estas perspectivas, e irme al pasado: un pasado filosófico y uno antropológico, ya que el ser humano siempre se ha preguntado de dónde venimos y a dónde vamos y muchos han intentado dar respuesta a estas preguntas. Por ello, nosotros haremos un recorrido desde los albores de la humanidad hasta nuestros días.

No es un recorrido exhaustivo pues no es el problema que nos trae. Pero sí saber cómo el ser humano, ese ser humano social, se ha ido preguntando y respondiendo a las cuestiones que se les ha ido planteando. Nuestros antepasados aprendieron a domesticar la naturaleza en lo que podían para poder sobrevivir. Sólo lo consiguen los más fuertes y adaptados al medio, como nos dirá Darwin.

Pero el envejecimiento no es algo nuevo. En la antigüedad, como veremos, éstos eran raros y eran venerados y venerables. Y, es lo que pretendo yo con esta tesis: Darle el valor y la dignidad que merece la persona mayor hasta el final de sus días. Y, por mis estudios de Psicoterapia Humanista, he creído conveniente aportar unas pinceladas sobre la muerte y lo que han pensado algunas personas sobre ella y cómo lo han vivido en la antigüedad y en las distintas religiones.

Todo ello, bajo el prisma de la ley. Una ley que les proteja y les ampare pero, que a veces, los olvida. Lo veremos en el ámbito internacional, europeo, nacional y foral. Aquí nos detendremos en la Comunidad Foral Navarra.

2.1. PERSPECTIVA FILOSÓFICA

Los pueblos cultivaban las plantas para su alimentación y sabían distinguirlas para usarlas como medicina. Los babilonios sabían que la palmera datilera se reproduce sexualmente y que el polen podía ser tomado de las plantas “macho” y usado para fecundar a la planta “hembra”. Vemos como en el periodo de Hammurabi (1800 a.C.), se cita a las plantas datileras en un contrato comercial.

Pero hay descripciones de la época de la recolección que se pueden fechar en unos 3.500 a.C. En otros pueblos se han encontrado papiros descubiertos y que se relacionan con asuntos de medicina. Uno está fechado en 1600 a.C., donde contiene descripciones anatómicas y otro de 1500 a.C. Se reconoce la importancia del corazón. Los egipcios también tenían conocimientos sobre medicina en la época de los faraones (Sinuhe, el egipcio). Las momias egipcias se encuentran en un estado de conservación increíble y nos dicen cómo sabían utilizar las hierbas para embalsamarlas. Estas plantas tienen unos 2000 años a.C. En China, el emperador Shen Nung describe el poder terapéutico de numerosas plantas medicinales y alimenticias (soja).

En la India, en 2500 años a.C. tenían desarrollado una gran ciencia de la agricultura. En las ruinas de Mohenjodaro se hallaron trigo y cebada, además de dátiles, melones, mijo y hortalizas y frutos. Se han encontrado documentos que describen 960 plantas medicinales en el siglo VI a. C. Y también información de anatomía, fisiología, patología, obstetricia, etc. ¿Por qué nos remontamos a las plantas? Pues porque hasta que el hombre no domina a la naturaleza y tiene el sustento asegurado, no empieza a filosofar. El filósofo cubre todas las ramas del saber: físico, matemático, médico, etc.

Veamos un recorrido por las distintas culturas y personajes, que han hablado algo sobre la vejez, ya sea para alabarla o para condenarla.

2.1.1. Cultura Griega

Ya en el año 600 a. C. Surgió una escuela de filósofos griegos que pensaban que cada suceso tenía una causa, lo que es conocido como “causalidad”, lo que les llevo a investigaciones científicas que posteriormente dieron sus frutos. Ellos pensaban que con la observación y la deducción podrían comprender la “ley natural” que gobierna el universo. Ella nos ofrece muchos cambios y actitudes sobre los atributos y roles de las personas mayores. Destacaremos las concepciones platónicas y aristotélicas y otros.

1. Platón (428 a 347 a.C.) en la *República* adopta una postura de máximo respeto por las vivencias de las personas mayores (Platón, o.cit. por Dionisio Domínguez, *Historia de la Filosofía* 1953, pp. 47-58). Cree que en la vejez la persona alcanza la máxima prudencia, discreción, sagacidad y juicio. Eran muy respetados en la comunidad y les ofrecían funciones como de divinidades. Tenían gran estima social. Platón nos hace ver qué influye determinadamente en la vejez: la forma en que se ha vivido la juventud y la adultez. Es un antecedente de la visión positiva de la vejez. Y le da mucha importancia a la prevención y a la profilaxis. Platón nos habla en sus diálogos sobre las diversas etapas de la vida:

- **Diálogo de juventud** (de los 28 a los 38 años) Aquí nos relata los viajes a Megara, Cirene y Egipto de Sócrates. Nos habla del valor (*Laques*), la amistad (*Lisis*), la templanza (*Cármides*), la piedad (*Eutifrón*), la poesía como don divino (*Ión*) y *Protágoras*.
- **Diálogos de transición** (de los 38 a los 41 años) Aquí Platón expone sus ideas Y su viaje a Siracusa, Gorgias, Crátilo, Hipias Mayor y Menor, Eutidemo, Menón y Meneceno, donde parodia las oraciones fúnebres.
- **Diálogos de madurez** (de los 41 a los 56 años) Aquí se centra en la actividad en las Academia de Atenas: *Fedón* (sobre la inmortalidad del alma), *El Banquete* (sobre el amor), *La República* (sobre política) y *Fedro* (sobre el amor, la belleza y el destino del alma).
- **Diálogos críticos y de la vejez** (de los 56 a los 80 años) Aquí Platón distingue entre:
 - a) de los 56 a los 63 años: *Parménides* (Crítica de la teoría de las ideas), *Teeteto* (sobre el conocimiento), *Sofista* (Lenguaje, retórica y conocimiento), *Político* (Política y filosofía)
 - b) de los 64 a los 78 años: Aquí se ve el pesimismo de Platón y se inclina hacia el predominio de su pensamiento pitagorizante: *Fileto* (el placer y el bien), *Timeo* (cosmología), *Critias* (el mito de la Atlántida), *Las Leyes* (la ciudad ideal, revisión pesimista sobre la República) y *las Cartas VII* (él nos presenta una breve autobiografía). Vemos que andaba muy encaminado en sus divisiones, divisiones, que se hacen hoy.

2. Aristóteles (siglo IV a. C) en su *Retórica* (Libros II, XII, XIII, XIV, 3) nos habla más de una etapa de deterioro y ruina. (*Retórica*, o. cit. por Domínguez, D., en *Hª de la Filosofía*, 1953, pp. 70-85). La vejez como una etapa de compasión social e inútil. Ve todo lo negativo en las personas mayores: desconfiadas, inconstantes, egoístas y cínicas. Aristóteles nos presenta a la vejez unida a la enfermedad en su escrito *De generatione animalium*. Como sabemos, era hijo de una comadrona y valora más la vida al nacer que cuando abandona este mundo. Aristóteles cultivo todas las ramas del conocimiento. Muy influenciado con la biología, por lo que comentábamos de su madre. Dividió a los animales con sangre frente a los

sin sangre. Fue el primero en demostrar un conocimiento global de la sistemática taxonómica. Se le reconoce el haber estudiado muchos principios científicos. Entre ellos la importancia de **la etología o ciencia del comportamiento**. (Aristóteles. *De generatione animalium*. o. cit. por Crombie: *Hª de la Ciencia*, p. 130 y Ferrater Mora: *Diccionario de Filosofía*, pp. 229-231).

3. Teofrasto, discípulo de Aristóteles en el Liceo. Su obra “*De historia et causis plantarum*” sobre las plantas, donde distingue órganos y tejidos. Utilizó una nomenclatura científica para el fruto (*Karpós*) y otra para las semillas (*perikarpion*). Pero además en su obra encontramos muchas referencias a supersticiones, historias mágicas y fantásticas de viajeros. Tiene la idea de su maestro sobre la vejez. Como podemos ver Platón y Aristóteles opinaban lo contrario de la vejez. Y, van a ser, tanto uno como otro, referidos a lo largo de la historia del pensamiento humano. Y, con ello, de estereotipos de la social con las personas mayores. La mujer es casi invisible, pero siempre está dentro de la casa. Es la cuidadora por excelencia, pero no se le valora. (Ferrater, M., *Diccionario de Filosofía*, pp. 3470-3471).

2.1.2. Cultura Romana

Los romanos son los herederos de la cultura helénica. Ellos eran los maestros del poder militar y político, así como de la agricultura, la ingeniería o la sanidad, pero de la literatura, el arte, la filosofía y la ciencia eran griegas. Me ha parecido interesante recordar a Cicerón, ya que como veremos, es el que acuña el término: “**Tercera edad**”.

La vejez según **Cicerón**: en su obra *Cato Maior de senectute* nos presenta una versión optimista de la vejez (Cicerón. *De senectute*. Acerca de la vejez. Madrid: Triacastela, 2001).

Cicerón cuando hace esta obra, ya está en su vejez. Y lo hizo tomando el modelo de prototipo romano que llega a la tercera edad. Lo aplica a los mayores que han rebasado la edad **senens**, o sea, los 60 años de edad. Consideremos, que en aquella época, llegar a esa edad constituía todo un logro, enfocado como consecuencia de un proceso de selección natural.

Aquí el ser humano se hallaba en la cúspide de su madurez (habla del hombre, pero yo he querido poner ser humano, porque las mujeres también llegaban a la edad senes) con unas cualidades positivas y unas virtudes de la senectud que son: equilibrio, experiencia y sabiduría. Pero él nos dice también las cuatro causas que pueden hacer parecer a la vejez miserable: ” le aparta de las actividades, le debilita el cuerpo, le priva de casi todos los placeres, y está cerca de la muerte”.

Nos sigue diciendo y explicando estas cuatro causas que alejan al viejo del joven. Pero en un plano positivo. Veámoslo: 1. El viejo no hace lo mismo que los jóvenes, pero hace cosas mayores y mejores. 2. La temeridad es propia de la edad que florece, y la prudencia es propia de la que envejece. 3. Es muy hermosa la manera de hablar de un anciano, además de tranquila y sosegada. 4. Todos podemos enfermar: jóvenes y viejos. Todo lo negativo de la vejez, lo disculpa por las costumbres de la época: pesados, avariciosos, ansiosos, iracundos y difíciles. Nos dice: “**La culpa no está en la edad sino en las costumbres.**” Y el “rol de la persona mayor” lo determina la sociedad.

Cicerón nos habla de la muerte y nos dice: “Ésta, o debe ser mirada con la mayor indiferencia, si es que el alma se extingue por completo, o debe ser incluso deseada si es que la conduce a algún lugar donde haya de ser eterna”. Parece que estamos leyendo a **Epicuro** cuando

afirma que “la muerte no existe, porque en tanto que existimos no hay muerte, y cuando hay muerte, dejamos de existir.”

Pero Cicerón no se queda ahí. Nos dice que “la vejez de una vida pasada tranquila, pura y elegante es también plácida y suave.” Cicerón nos da un consejo: “**Las armas más adecuadas para la vejez son los conocimientos y las prácticas de las virtudes.**” Y nos debemos acercar a ella con respeto y veneración. Por ello afirma que debemos mantener en la vejez la continuidad en la acción y ejercitación e incluso integrar aspectos nuevos a las experiencias que ya se tienen (Leibbrand, 1968).

La vejez, con independencia de sus propias vicisitudes, se puede vivir de muy diferente maneras, pero todas estarán supeditadas al modelo como se hayan vivido la juventud y la madurez. Esto lo veremos más adelante: ¿Cómo influye nuestra forma de vida en las edades precedentes a cómo viviremos la vejez? En algunas notas veremos, que hay que empezar a preparar la vejez ya desde la juventud: no me estoy refiriendo al plano económico sólo, sino y más importante al psicológico e, incluso, al espiritual. **Cicerón nos sigue aconsejando:**

1. Es preciso llevar un control de la salud.
2. Hay que practicar ejercicios moderados,
3. Hay que tomar la cantidad de comida conveniente para reponer fuerzas, no para ahogarlas.”
4. Higiene Mental: Las cualidades naturales permanecen en los viejos con tal que permanezca también el interés y la actividad.

El secreto, según Cicerón, residirá en mantener en pie una determinada actividad, un proyecto de vida. Como podemos comprobar después de muchos siglos de vida, estás normas o consejos son idénticos a los que hoy en día damos a nuestros mayores. Cicerón, con su filosofía, nos quiere decir, que en cada momento debemos vivir la vida conforme a un criterio dado: “A cada parte de su vida le ha sido dada su razón. De modo que la debilidad de los niños, la agresividad de la juventud, la seriedad de la edad adulta, la madurez de la vejez, tiene algo natural que debe ser aceptado en su momento” (Cicerón MT, 2001).

Lucrecio fue seguidor de la filosofía de Epicuro. Su obra “*De rerum natura*” nos habla de genética, herencia. Aquí toca el tema de la selección natural, que luego sigue Darwin. Es el precursor de la selección natural y artificial. Él creía que la selección elimina todos los monstruos y no pueden sobrevivir a gran edad. Lo cual no llegaría a viejos. Ya que no les permite ni reproducirse. (Lucrecio. *De rerum natura (sobre la naturaleza de las cosas)*. Boletín bibliográfico de Román Alcalá, Madrid 1982. Dicc. Filosofía de Ferrater Mora, pp. 2216-2218)

Pero aquí también lo traemos por su importancia sobre el origen del lenguaje y sobre socio-biología y etología comparada que hoy es fundamental en nuestra era.

Horacio en su *Ars poetica* nos muestra, de nuevo, una imagen fatalista de la vejez. Habla de la inevitabilidad de la muerte, pero nos anima a gozar de la existencia como mejor se pueda por la edad. **Galeno**, siglo II d.C. Este científico practicó con los gladiadores y le dio la oportunidad de observar la anatomía humana. Pero en la época cristiana no se permitían las disecciones del cuerpo humano.

2.1.3. La Biblioteca de Alejandría

300 a.C. Hasta el inicio de la era cristiana, acumula todo el saber de la época. Sobre todo en medicina. Aquí tenemos la figura de **Herófilo**, que ya en su tiempo llevo a cabo disecciones humanas. Reconoció el cerebro y lo describió con detalles, como la sede de la inteligencia y el sistema nervioso. Nos dejó un tratado de anatomía general y otros sobre la vista y un gran manual para las comadronas. (Domínguez, D. En *Historia de la Filosofía*, 1953, pp. 126-130).

Se cree, que con su rival **Erasistrato**, llevaron a cabo unas 600 vivisecciones con esclavos y prisioneros. Éste se centró más en el sistema circulatorio, incluso descubrió los capilares. Aquí parece que estamos hablando de biología, pero es que los primeros filósofos, eran además físicos, literatos, médicos, etc., como hemos dicho anteriormente. Todo lo que acontece al ser humano, es digno de estudiarse.

2.1.4. Los Árabes

Gracias a ellos, nos han llegado muchos escritos de los griegos y romanos. Tras Galeno parece ser que la investigación biológica queda paralizada. Ellos fueron los depositarios y protectores del saber. Europa permanecía dormida durante casi 1000 años. Ellos se establecen en la Península Ibérica, Italia y norte de África. Desde el siglo III hasta el XI las ciencias fueron árabes. Ellos nos descubren a Aristóteles, Galeno, etc. Los traducen al árabe para estudiarlos y comentarlos.

Aquí tenemos a **Al-Jahiz** que murió sobre el año 868 y escribió un libro sobre animales. Aquí nos habla de la generación espontánea sobre el origen de la vida. Pero al que mejor conocemos es **Ibn-Sina o Avicena** que vivió a principios del siglo XI. Se le considera el sucesor de Aristóteles. Nos ha dejado escritos sobre medicinas y drogas. Con él se traduce a Aristóteles al latín y llega a toda Europa. **Averroes o Ibn-Rush** nace en nuestra Córdoba en el año 1126. Estudió filosofía, medicina y jurisprudencia. Comenta a Aristóteles y se opone a veces a sus afirmaciones. Fue el filósofo más grande de la Edad Media, algunos lo denominaban el “Aristóteles de la Edad Media”. (Averroes. En *Historia de la Ciencia* de Crombie, p. 106 y Dicc. De Filosofía p. 279 y Avicena. *Canon de medicina*. *Hª de la Ciencia* de Crombie, p. 149) y (Domínguez, D., *Historia de la Filosofía*, 1953, pp. 178-183)

2.1.5. Edad Media

En la Edad Media se asume los estereotipos de las culturas precedentes. Aquí se mezcla la cultura y la religión: **San Alberto Magno** en el siglo XIII con sus obras: “*De vegetabilibus*”, que son siete libros, y de “*Animalibus*”, que son veinte libros, basados sobre la autoridad de los griegos clásicos, especialmente Aristóteles. Negó muchas de las supersticiones de la época, lo que ayudo a la ciencia posteriormente en Europa. (Domínguez, D., *Hª de la Filosofía*, 1953, pp-198-201)

San Agustín con su visión cristiana nos dignifica a las personas mayores y las ve equilibradas emocionalmente y liberadas de los deleites mundanos. Fue discípulo de San Alberto. Intenta reconciliar a Aristóteles con las enseñanzas de la Iglesia Católica. Su pensamiento hizo posible el resurgir del conocimiento racional. (Domínguez, D. *Hª de la Filosofía*, 1953, pp. 138-148).

Santo Tomas de Aquino sigue a Aristóteles con su estereotipo de la vejez como un período de la vida decadente, tanto física como moralmente y les ve egoístas. **Francis Bacon**: *History of Life and Death, or, The Prolongation of Life* (*Historia de la vida y la muerte, o la prolongación de la vida*).: “En nuestro cuerpo todo se repara en su juventud. Durante un tiempo su cantidad aumenta y su calidad mejora”. Tanto es así que “la materia que se repara podría ser eterna si no fallara el modo de reparación”. (Domínguez, D. *Historia de la Filosofía*, 1953, pp. 201-214).

Esto lo escribió hacia el final de su vida (siglo XIII). Expuso un programa de investigación para la búsqueda de la longevidad (Weiner J, 2012). Dice: “De niños nos hacíamos más grandes y fuertes cada día. Luego ocurría algo. Y ahora que somos adultos nos deterioramos, el envejecimiento nos desconcierta casi tanto como cuando éramos pequeños”.

En Italia se hacían disecciones humanas para la enseñanza de la medicina, por lo que tenemos a un famoso anatomista medieval: **Mondino de Luzzi**, en el siglo XIV. Se leía a Galeno en estos trabajos y se ayudaban de un “operator”. Pero no contradijo los errores de los griegos ni los árabes, aunque intento armonizar sus opiniones. Vemos que siguen copiando a los filósofos griegos, aún con sus errores.

2.1.6. Época Renacentista

Comienza en Italia en el siglo XIV, al descubrirles los árabes la cultura de los griegos. Aquí tenemos a los grandes pintores, entre ellos, Botticelli, cuya obra “*La primavera*” es una gran estudio de la naturaleza y de la figura humana, gracias por supuesto a las disecciones. Pero el gran artista fue **Leonardo Da Vinci**, ya en el siglo XV y primeros del XVI, quien con sus escritos incluyó detalles que fueron verificados cien años más tarde.

Vemos como Da Vinci era un fiel reflejo del filósofo que toca todas las ramas del saber. **Andreas Vesalius**, formado en las mejores universidades de Lovaina y Paris, fue el padre de la anatomía. Contradijo a muchos de sus maestros anteriores. Sus obras: “*De humani corporis fabrica libri septem*” o “*siete libros sobre la estructura del cuerpo humano* publicada en 1543. Fue el primer libro sobre anatomía.

Nuestro **Miguel Servet**, médico y teólogo de Tudela (Navarra), descubrió la circulación pulmonar o menor, desde el ventrículo derecho hasta los pulmones. Por escribir libros de teología que no iban con las enseñanzas del momento y por envidias hacia él, Calvino y otros lo quemaron en la hoguera por hereje. Él, que siempre se consideró dentro de la Iglesia Católica.

Era un filósofo que quería conocer todo lo que acontecía en su mundo. Navarra tiene el Centro Miguel Servet, dedicado a la investigación. Aquí, se rechaza todo lo que resulta “*viejo*”, “*senil*”. Se evade el tema de la muerte. Se les ve a las personas mayores con enredos y artimañas propias de su edad. (De Fuentes Sagaz, M. et al., *En la Conmemoración del 450 aniversario de la muerte de Miguel Servet*, 1553, Gobierno de Navarra, Pamplona, 2003)

Sin embargo, **Francis Bacon**, licenciado en Cambridge, que era abogado y filósofo, defendía las ideas de **Roger Bacon**, fraile, erudito, alquimista e inmortalita del siglo XIII. (Weiner J, 2012). Contribuyó a la introducción de la imprenta en 1500 d. C., aunque los chinos ya lo había descubierto la importancia de imprimir en el papel o madera. Al caer Bizancio en 1453, en manos de los turcos, muchos griegos cultos llegan a Europa y se tiene conocimiento de

los trabajos científicos de la antigüedad, sin la influencia de los árabes. (Dominguez, D. En Hª de la Filosofía, 1953, Capítulo I, p. 275-282)

2.1.7. Período Barroco hasta el siglo XX

Se pone de actualidad el control de los vicios y pasiones. Se añade el perfeccionamiento constante de la vida. Se valora la vejez y se habla de la muerte. Aquí, durante los siglos XVII y XVIII, comienza el derrumbe de las ideas que provenían de la antigüedad y sientan las bases de los logros futuros. Subrayo lo de la muerte, por la importancia que tiene al hablar de la vejez, ya que van muy unidas.

Descartes: “*Podríamos dejar de padecer una infinidad de enfermedades tanto del cuerpo como de la mente, e incluso los achaques de la vejez, si conociéramos sus causas lo suficiente*”. (Descartes: *Discurso del Método y Meditaciones metafísicas*, Traducido por M. García Morente en 1954 y Dicc. De Filosofía, pp. 822-828).

Siglo XX. Es donde encontramos a pensadores y escritores que nos hablan del envejecimiento. Robert, presidente del Real Colegio de Cirujanos ingleses, llamado **Barón Platt de Grindlefor**, dijo: “*nos hacemos viejos porque nuestros antepasados murieron jóvenes, ya que nunca hubo suficientes viejos alrededor que contasen mucho en las escalas*”.

Pero ahora podríamos hacer más por ayudar a nuestro cuerpo en la primera mitad para que no se deteriore tanto en la segunda mitad de la vida, es decir, para no envejecer. Hay un sinnúmero de poetas y escritores que hablan del envejecimiento y del proceso de envejecer. De lo difícil que es esta época para las personas. Pero ven también aspectos positivos en ella: Shaspeare, Schopenhauer, Höderlin, Humboldt, etc. Shelley no dirá: “La alegría del alma está en la acción”. Eso nos alegra el alma y nos hace felices.

Schller y Heidegger decían: “*Parece que nunca hemos sabido tantas cosas sobre el ser humano y nunca hemos sabido menos de cada hombre*”. También Heidegger nos dirá: “*El ser humano es un ser para la muerte.*” **Comfort** (1964) nos dice que la investigación científica del envejecimiento comienza con la publicación del libro de Bacon titulado *History of Life and Death* (visto en el siglo XIII: *Historia de la vida y la muerte, o la prolongación de la vida*), donde nos da consejos para prolongar la vida humana si mantenemos la higiene y otras condiciones sociales y médicas. (Dominguez,D. Hª de la Filosofía, 1953, pp. 535-537).

Este libro nos lleva a la Geriatria. Pero es en el siglo XX, con **Nascher**, el que dió importancia al aspecto social de la vejez. Por eso es designado como “el pionero de la medicina social”. (Streib, 1967). En 1909 aparece **la Geriatria con Nascher**. Es considerado el “padre de la investigación médica de la vejez” (Streib y Orbach, 1967, p. 615).

En Francia: André Maurois, en su *Arte de vivir* dedica un capítulo al arte de envejecer. También se fija en Cicerón. Nos dirá, que se puede envejecer de muchos modos, pero hay un arte de llevarlo a cabo con dignidad y acierto. ¿Cuál sería este arte? Vamos a ver lo que nos dice: “*Debemos mantener la esperanza, nunca abandonarse, cultivar el ejercicio, evitar cualquier renuncia, incluida la sentimental, sustituir a unos efectos por otros, unos entusiasmos por otro, conservar el deseo de aprender y dotarnos de suficiente serenidad*”(Maurois A., 1942).

Simone de Beauvoir, compañera de Sartre, dedica un libro maravilloso a la vejez. Ella parte del estudio histórico, antropológico y filosófico de los estragos que la vejez produce en el

ser humano y nos dice la forma en que el ser humano debe enfrentarse a ella. (Beauvoir, S., 1983).

En España: Gregorio Marañón en su ensayo *El deber de las edades* específica y prescribe para la vejez una postura más idónea: la aceptación. Marañón se refiere al anciano del siglo XX mientras que Cicerón hablaba del “mayor” de 20 siglos atrás. Marañón nos dice que el “mayor” debe conformarse con una buena adaptación, ya que había pasado la época de su madurez. Marañón es hijo de su época. Muy arraigado en las creencias religiosas. Como sabemos era médico y ve en la vejez su parte de deterioro. Además, según Zambrano, no aceptaba el papel de la mujer fuera del ámbito de la casa. (Marañón, 1967).

Ortega y Gasset nos ofrece una solución: “¿Cuándo nos abrimos a la convicción de que el ser definido del mundo no es materia ni es alma, no es cosa alguna determinada, sino una perspectiva?”. Ortega había viajado a Alemania y tenía una visión desde otras perspectivas. Hablaremos más sobre él con Zambrano, ya que fue su maestro, hasta la muerte de Ortega, acaecida en 1955. (Zambrano, M. El hombre y lo divino, Fondo de cultura Económica, Madrid, 2005).

Unamuno con sus ansias de vivir y su personaje de *Niebla* habla con el autor del libro (Unamuno) para que no le haga morir. Quiere vivir eternamente. Me impresionó este libro, cómo el personaje se entrevista con el autor, Unamuno, para que le deje vivir y su vida no acabe con la muerte. Pero Unamuno, no le hace caso, y el personaje muere. Sabemos muy bien la vida de Unamuno en la España de la primera época del siglo XX en España. (Unamuno, *Niebla*, Madrid)

2.1.8. María Zambrano

Mi tesis doctoral de filosofía fue sobre **La filósofa española María Zambrano**, a la que quiero recordar en esta tesis, pues en su vuelta a España del exilio, llegó envejecida y muy deteriorada de salud. María fue una mujer que valoraba mucho la belleza. Pero los estragos de la vida pasada en el exilio, le pasaron factura a su salud. Pero vuelve con la frente alta y la moral elevada a pesar de la decrepitud del cuerpo.

En mi investigación sobre la Antígona de María Zambrano, hice varias exposiciones de dicho tema en múltiples charlas y congresos. En Cuba, donde María Zambrano vivió parte de su exilio y es muy querida. En el año 2000, publiqué un trabajo sobre “*el Hombre, ese ser inacabado*”, según María Zambrano. El hombre y su trascendencia.

Veámoslo a través de María Zambrano: Orfismo: la doctrina de que el alma del hombre es inmortal y divina. Grito del hombre que clama a lo divino: ¡Yo también soy de raza divina!. (Orfeo-B19). Aristóteles: Quien elige el saber por sí mismo, elegirá la ciencia suprema. Platón: Prefiere siempre aquel saber que le revela algo del ser. Persigue al ser mismo y sólo se satisface cuando ha comprendido la naturaleza misma de cada ser que existe, y lo hace con la fuerza del alma y se mezclan así, produciendo así razón y verdad (La Republica, p.160). Sócrates: “conócete a ti mismo” El hombre es el fin en sí mismo. El hombre un ser para la muerte. El hombre es la morada del ser. El hombre es un animal más. El hombre es Dios. El hombre está hecho a imagen de Dios. El hombre es un ser libre. El hombre es una máquina. El hombre un ser para sí. Las confesiones de San Agustín: “¡¡¡Oh, Señor, nos has hecho para Ti y no somos felices hasta llegar a Ti!!!”. Ortega y Gasset: el hombre y el mundo. Su pensamiento a lo largo de su

vida sobre el hombre. El hombre máquina. El hombre pensante: “Pienso luego existo”. Aquí, hombre no tiene connotación de sexo, sino de género humano.

María Zambrano: *“El hombre y lo divino”* Su planteamiento arranca de Pascal y de Spinoza y de Nietzsche. El Pascal que repite: hay razones del corazón que la razón no conoce. Spinoza el amor intelectual y de Nietzsche que pedía un más allá del hombre. Buber: *“el hombre y el otro”*. El hombre no está enclavado en el medio, como el animal o la planta, no ser parte, de otra cosa más amplia que él, sino ser entero y solitario. (Zambrano, M. *El hombre y lo divino*, Fondo de Cultura Económica, 2005)

El objetivo de este trabajo es presentar el pensamiento de María Zambrano del hombre con relación a la divinidad, con relación a otros hombres y con relación a sí mismo. Para ello, he elegido el libro escrito por ella del hombre y la divinidad. Exponer las ideas principales que se tratarán: 1. El hombre y la divinidad: El hombre perseguido por los dioses. El hombre ha sentido siempre estar ante algo, bajo algo. El hombre se ha sentido mirado por algo o por alguien. 2. El hombre ante otros hombres. La comunidad de los otros. La historia con los otros. Ser como los otros. El encuentro con otro tú. El otro como fin en sí mismo, no como medio para. Todo ver a otro es verse vivir en otro. La soledad. Necesaria para nuestro crecimiento. La soledad se da en la madurez. La visión del prójimo es espejo de la vida propia; nos vemos al verle. Mi realidad depende del otro. El hombre es el espejo consciente de la vida del universo, dice Leibniz. 3. El hombre consigo mismo. El encuentro con el ser. Lo sagrado y lo divino del hombre. Qué habita en el interior del Hombre según San Agustín. El hombre y la finitud del ser. El hombre debe buscar en su interior, pues hay habita la verdad. El fin último del hombre. El hombre ese ser inacabado, mirado constantemente por los dioses, se encuentra sólo con su realidad y con su futuro incierto. Señor del horizonte llamaron los egipcios a sus dioses. Yo le nombro al hombre, sujeto puro, divino, absoluto. 4. El amor que permite al hombre buscar su ser no, es otra cosa que su entrada en la claridad de la conciencia desde el mundo circundante. El amor es la revelación de la vida humana. El amor pertenecerá a la moral. El amor mantiene una triple existencia: 1. Una vida identificada con la poesía, pura enajenación que no quiere dejar de serlo. 2. Inspiración en el conocimiento que aspira a ser absoluto: la aspiración del eros de la filosofía 3. Aquella realidad a que lo reducen las normas de la moral en la vida de todos los hombres. El amor encontrará su sede en el alma.

El alma es una realidad mediadora que también ha descendido y se ha adentrado en el hombre. El animismo: el alma. El alma no fue sentida primeramente como propia del hombre. Por ello anduvo buscándola. El amor y el alma son anteriores a las cosas y a los seres. El amor corresponde a momentos de máximo espacio vital: está en relación directa con el horizonte. **Nietzsche:** El superhombre. ¿Eres para tu amigo aire puro y soledad, y pan, y medicina?. Uno no logra romper sus propias cadenas. Yo camino entre los hombre como entre fragmentos de futuro. Desde lo más hondo tiene que llegar a su altura lo más alto. El amor es el riesgo del solitario: El amor a todo cuanto vive. Pero quien ama, ama más allá del castigo y la recompensa. Yo amo todo cuanto tiene la mirada limpia y la palabra honrada (Nietzsche). Yo siempre me he creído seguidora de Nietzsche. Ser hombre, cobra existencia humana, consiste en el adentrarse del alma en el hombre, y con ella el amor. Este adentramiento es padecer. Padecer el hombre porque en él se adentran a veces varias almas en discordia. El amor en esta tragedia es agente de unidad. El amor es agente de fijación del alma, de cada alma individual. El hombre recorrerá ese largo

camino cuyo logro es la propia unidad, al llegar a ser de verdad uno mismo. El amor engendra siempre. El amor nos lanza hacia el futuro obligándonos a trascender todo lo que promete. Es el amor el que descubre la realidad y la inanidad de las cosas, el que descubre el no-ser y aun la nada. Dios creador creó el mundo por amor, de la nada. El amor hace transitar, ir y venir entre las zonas antagónicas de la realidad, se adentra en ella y descubre el no-ser, sus infiernos. El amor descubre el ser y el no-ser, porque aspira a ir más allá del ser.

El hombre es estar fijo, es pesar sobre algo. El centro de gravedad se traslada a la persona amada. Y cuando esta pasión desaparece, quedará ese movimiento de estar “*fuera de sí*” Como decía Santa Teresa: “*Vivo ya fuera de mí*”. O estar más allá de sí mismo. Vivir dispuesto al vuelo, presto a cualquier partida. Es el futuro inimaginable, el inalcanzable futuro de esa promesa de vida verdadera que el amor insinúa en quien lo siente. El futuro que inspira, que consuela del presente haciéndolo decrecer de él; que recogerá todos los sueños y las esperanzas, de donde brota la creación, lo no previsto. Es la libertad sin arbitrariedades. Es el fuego sin fin que alienta en el secreto de toda vida. Es lo que unifica como el vuelo de su trascender vida y muerte, como simples momentos de un amor que renace siempre de sí mismo. Lo más escondido del abismo de la divinidad. Lo más inaccesible que desciende a toda hora. El hombre, ese ser inacabado, dueño del mundo y de sí mismo. Ese ser capaz de amar hasta el sacrificio. Ese ser vuelto hacia lo alto y hacia sí mismo. Ese ser que es capaz de vivir fuera de sí. Ese ser que aspira a la eternidad. **Ese otro divino**. Yo también soy mi máscara. El ser hombre que se reivindica a sí mismo, protagonista de su vida, tanto en lo personal como en lo social. (María Zambrano, *El hombre y lo divino*, 1955).

La valoraron mucho en Cuba, donde María Zambrano vivió muchos años. Trabajo de investigación en doctorado: María Zambrano: Su pensamiento a lo largo de su vida sobre el hombre y lo divino: ¿Es posible el hombre sin lo divino? Libro de María Zambrano: *el hombre y lo divino* 1955, año de mi nacimiento.

Mi tesis doctoral: “**María Zambrano. La Antígona española del siglo XX**”. Versa sobre Antígona y la obediencia a los dioses antes que a los humanos. La ley natural sobre la ley jurídica o el derecho natural sobre el derecho humano. Es preferible obedecer la ley natural de enterrar a los muertos, y más cuando es un ser querido, que obedecer el decreto de Creonte, aunque con ello, le cueste la vida. Antígona entierra a Polinice y es condenada. Aquí María Zambrano defiende las libertades y es condenada al exilio. Hay un paralelismo en sus vidas y yo quise reflejarlo, ayudada de su libro: *La Antígona*, dónde María Zambrano pone en boca de Antígona todo aquello que no se atreve a decir con palabras. Refleja muy bien el nuevo Creonte en la figura de Franco y la guerra de Tebas con la guerra civil española. Y, también habla de perdón y de no volver a empuñar armas hermanos contra hermanos.

2.2. PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA

El hombre primitivo debió tener algún conocimiento racional de animales y plantas, ya que logró domesticarlos, tanto a unos como a otras para su propia supervivencia. La situación del ser humano es el resultado de la interacción entre su individualidad y su entorno. El ser humano del siglo XXI es el resultado de milenios de evolución donde han sobrevivido aquellos individuos que han mutado en sentido favorable.

Éstos han sobrevivido a cataclismos, sequías, glaciaciones, escasez de alimentos y un largo etcétera. Unos individuos desarrollan unas enfermedades y otros no les afecta viviendo ambos en el mismo entorno. Por ello, vamos a fijarnos en el condicionante genético. Estos mutan o se expresan de diferentes maneras. El que sobrevive es el que se ha adaptado al entorno. Estos individuos más conservadores mantienen un genotipo ancestro, muy útil en los inicios de la humanidad, ya que les permitió asimilar al máximo la escasa ración de alimento que disponían. Pero hoy, la excesiva ingesta de alimentos y la escasa actividad física, les coloca en el grupo de población de riesgo. (Carlos Martínez, 2008).

El ser humano a lo largo de los siglos ha ido interpretando y reinterpretando el papel de los ancianos en los pueblos en que viven, dependiendo de muchos factores: políticos, demográficos, éticos, artísticos, estéticos y religiosos. Vamos a intentar analizar los hechos históricos y antropológicos de diversos hechos con relación a los ancianos. Realizaremos un repaso rápido por los distintos siglos y veremos cómo en algunos se ensalzan a la vejez y en otros se les desprecia.

Y, como no, veremos quien a lo largo de los siglos se encarga del cuidado del anciano y de las personas mayores en la familia y en la sociedad. **La mujer**, siempre unida al rol de cuidadora. Siempre es la que presta los cuidados a los ancianos. Es la mujer, ya sea hija, hermana, esclava o sirvienta, que la se ocupa de los cuidados de los ancianos a lo largo de toda la historia. Aquí vemos claramente el rol de género. Los cuidados tienen nombre de mujer.

2.2.1. Hipótesis antropológica de la abuela

Nuestros antepasados, que sobrevivieron siendo abuelos y se mantuvieron en forma, ayudaron a sus hijos a cambiar las cosas en cuanto a la supervivencia. No sólo le atendían para que sus padres consiguiesen el alimentos, sino que también les transmitían sus saberes para sobrevivir. Les transmitían en sus genes a desarrollarse y prosperar generación tras generación, pero, además, las abuelas, transmitían todo su saber a los nietos, a los cuales cuidaba con esmero y cariño. Este círculo no era un círculo vicioso sino virtuoso.

Esto nos diferenció de nuestros parientes los chimpancés y simios en la sabana africana. En este momento, nuestro cerebro aumentó a la par que se desarrollaba la cultura transmitida por nuestros ancianos. Nuestro cerebro al nacer no estaba del todo cerrado para pasar por el canal del parto, ya que caminábamos a dos patas y no a cuatro patas. El cerebro se acaba de cerrar después del nacimiento. Lo que los hacían dependientes de sus madres mucho tiempo y era un tiempo de aprendizaje y, a la vez, eran ayudadas por sus madres, las abuelas, las que a su vez transmitían al nuevo ser todo lo que ellas habían visto y aprendido. Eran más apreciadas por sus enseñanzas y por los genes que habían transmitido que por su fuerza para el trabajo duro y brutal que tenían nuestros ancestros. Estos ancianos tuvieron genes que les hicieron durar más tiempo y se los

transmitieron a sus nietos para que ellos también durasen más tiempo. Fue una transmisión cultural lo que les hizo sobrevivir más y más en un mundo duro y lleno de penalidades. Estos estudios se hicieron a través de dientes de niños y ancianos, ya que los cazadores y recolectores supieron la importancia del masticar bien los alimentos que tomaban para reponer sus fuerzas.

Ellos cazaban, pero eran las mujeres las que se dedicaban a la recolección de frutos para la dieta diaria. Los antropólogos Chaspara y Lee quisieron estudiar la edad avanzada en la Edad de Piedra, pero los dientes encontrados eran poco fiables. Volvieron a estudiar los dientes del paleolítico, fijándose en los terceros molares o muelas del juicio. Los clasificaron en tres grupos: niños que murieron antes del tercer molar; adultos que los tenían poco desgastados; y adultos mayores definidos como aquellas personas cuyos molares estaban desgastados. Estos debieron vivir 15 años con dichas muelas. Una mujer para los 15 años ya tenía descendencia y a los 30 años ya era abuela. Por lo que Chaspara y Lee hallaron que en el Paleolítico Superior, que comenzó aproximadamente hace 30.000 años, un número cada vez mayor vivía hasta la vejez. (Antropología del parentesco y la familia, por Parquín R. y Stone, L., Editorial universitaria, Madrid, 2010)

En este periodo los adultos mayores se cuadruplicaron. Esto fue gracias a la cultura que se intensificó y se transmitió a los niños que cuidaban de la tribu. Así avanzaban la supervivencia de los jóvenes y las supervivencias de los ancianos. Esto hizo que cada vez se adentrasen más y más lejos (Chaspara y Lee,). Y, 15.000 años después había colonizado casi todo el planeta. Esto es llamado la expansión creativa y era nada más y menos que una **expansión geográfica y cultural**.

La longevidad tenía un nivel adaptativo que nos ha llegado a nosotros. Y tenía un valor especial como si fuese algo sobrenatural, con protección divina. Recordemos a los chamanes y a los brujos de la tribu, siempre eran ancianos. Estos guardaban la memoria del clan. Por ello, la vejez, fue vista como con una perspectiva positiva. Pero ya entonces fue la mujer la depositaria de los cuidados a los ancianos de clan familiar o tribal. Esta hipótesis, como podemos comprobar, tiene una connotación de género: “*la abuela*”.

2.2.2. Teoría del soma

La vida tiene un plan esmerado hasta el más mínimo detalle para nuestro crecimiento, pero absolutamente ninguno para nuestra decadencia. Muchas son las causas del envejecimiento, ya que nuestras múltiples piezas funcionales no se construyeron para durar eternamente. Nuestro nacimiento y desarrollo desde el embrión está estrictamente programado, pero no nuestra muerte.

El fin no está escrito ni en nuestros genes ni en las estrellas. Pero sí podemos empezar a trabajar para prolongar la duración de nuestro días tan espectacular como lo hicieron nuestros ancestros en la sabana africana hace miles de años. Aquí nos habla de la función de las mitocondrias y el ADN mitocondrial y los radicales libres. (Wiener, 2012).

Tom Kieckwood hizo trabajos que se centraron en los mecanismos genéticos y no genéticos (alimentación o comportamiento) implicados en el envejecimiento. Es el padre de la **Teoría del soma desechable**. Él sostiene que el cuerpo no está programado para morir, sino para sobrevivir. Las células trabajan para que el cuerpo de cualquier animal nunca deje de desempeñar sus funciones vitales, incluso, tras la defunción de una persona, las células siguen trabajando, y lo hacen mientras las reservas de energía y oxígeno lo permiten.

Según Kirkwood, vivir más años, además, de forjarse una actitud positiva frente a la vida y mantener una interacción social sana. Aconseja rodearse de gente positiva y activa y con hábitos saludables como hacer ejercicio o mantener una dieta sana. Y así, llegaremos a 122 años como Jeanne Calment, que murió en Arlés (Francia). Como sabemos, aumentamos la esperanza de vida – a tasa de dos años y medio cada década- según el demógrafo James Vaupel. Kirkwood en 2006 hizo un experimento: el *Newcastle +85 Study*, monitorizó a más de 1000 personas de + 85 años y desmotó el mito de la vejez. Según el estudio la gente mayor es más feliz e independiente de lo que se cree. (kirkwood, 2006).

2.2.3. Los neandertales y los enterramientos

Todos sabemos cómo nuestros antepasados empezaron a creer en el más allá y enterraban a sus seres queridos, para que no fueran pastos de las aves y las fieras, en sitios especiales. Muchas veces, en la misma cueva para tenerlos cerca y así hacerles ofrendas y plegarias. Es cuando empieza el ser humano a tener una dimensión trascendental, del más allá. Esto mismo veremos más adelante en la Antígona de Sófocles. Antígona quiere enterrar a su hermano, Polinices, para que no sea pasto de las aves de rapiña. El deber moral por encima del deber político. Enterrar a los seres queridos, ya sean padres, madres, hermanos, etc. (Historia de la Antropología)

2.2.4. Egipto

Si nos remontamos a **Egipto**, anciano significa sabiduría. Eran educadores y guías y ejercían como consejeros. Esta visión positiva fue un pilar fundamental para la educación de los jóvenes. Recogemos un texto de un visir del faraón Tzezi de la dinastía V, escrito en el 2450 a. C.: *”¿Qué penoso es el fin de un viejo! Se va debilitando cada día; su vista disminuye, sus oídos se vuelven sordos; su fuerza declina; su corazón ya no descansa; su boca se vuelve silenciosa y no habla. Sus facultades intelectuales disminuyen y le resulta imposible acordarse hoy de lo que sucedió ayer. Todos los huesos están doloridos. Las ocupaciones a las que se abandonaba no hace mucho con placer, sólo las realiza con dificultad, y el sentido del gusto desaparece. La vejez es la peor de las desgracias que puede afligir a un hombre”*. (Sinue, el egipcio)

Como vemos describe muy bien la problemática de la vejez. Aquí, seguimos viendo a la mujer como la cuidadora de las personas mayores. También eran la servidumbre constituida por mujeres las que se encargaban de los cuidados de los ancianos dentro de la familia.

2.2.5. Grecia

Los griegos valoran sobre todo la belleza y la perfección. Por ello, la vejez, es considerada como una ofensa al espíritu. La vejez y la muerte era llamada *Keres*, como el grupo de males de la vida y considerada como un castigo. Pero en todas las épocas de Grecia, la mujer sigue siendo la encargada del cuidado de niños, enfermos y ancianos. Pero aquí existen dos ciudades: **Atenas**.

Aquí tenemos una visión negativa de la vejez. En los tiempos de Homero, el Consejo de los Ancianos, era un órgano consultivo, pero sin poder. Este lo ostentaban los jóvenes. En el periodo del rey Solo el poder está en el Areópago, institución aristocrática de los ancianos. Pero cuando llegan al poder los demócratas estos perdieron todas sus facultades políticas y judiciales. Sólo les quedan las honoríficas. La bella Atenas es fiel a la juventud. **Esparta**, tenemos la visión positiva.

Esparza tenía su senado compuesto por veintiocho miembros mayores de sesenta años. Estos eran respetados como transmisores de sabiduría.

2.2.6. El Mundo Hebreo

Aquí miramos el Antiguo Testamento: Ex. 3, 16: Los ancianos conducen al pueblo. La orden dada por Dios a Moisés es muy clara: “*Conduce al pueblo y lleva contigo a los ancianos de Israel*” (Ex.17, 5). Los ancianos forman un Consejo que tiene poderes divinos, nos dirá el libro de los Números. Estos acaban su poder con Roboan. Cuando el pueblo de Israel pierde y es conquistado por Babilonia, el pueblo vuelve a poner la visión en su Dios y en sus ancianos. Recordemos a **Judit**, una mujer, que salva al pueblo de Israel. En varias épocas el pueblo de Israel valoró a los ancianos y en otras les olvidó. Pero en todas, **la mujer** seguía siendo la que cuidaba de los ancianos de la familia.

2.2.7. Roma

El anciano fue una persona respetada. El Derecho Romano les concedía cierta autoridad como el Pater Familia. En la República tiene su edad de oro, ya que se les confiaba el poder político. En el siglo I a. C., el senado pierde su poder y con ello, los ancianos. Aunque fue un periodo donde florecieron las artes y la económica propiciada por Augusto. En el siglo V, comienzan a perder poder y la vejez es vista como un símbolo negativo. Pero en la época cristiana los ancianos son cuidados y respetados (Menderos y Puente, 1996).

2.2.8. Edad Media

Edad oscura o Alta Edad Media. La Iglesia los mete en el saco de los desvalidos. Son recogidos en hospitales y monasterios. Pero pronto es vista la vejez como un símbolo negativo. Los monasterios son el lugar de muchos monjes que llegaban a viejos, ya sea por los cuidados y la alimentación, ya porque tenían un nivel de vida superior al resto de las gentes de los campos. Aquí son tratados con caridad cristiana. La moral los considera como un castigo divino e imagen del pecado. La peste del año 1348, que entra por Génova procedente de Asia Central, se lleva a más de un tercio de Europa, se ensaña con niños y adultos jóvenes. Los ancianos son respetados y se convierten en patriarcas. Y, con ello, ganan posición social, política y económica.

2.2.9. Renacimiento al Mundo Contemporáneo

Aquí se descubren las bellezas del mundo grecorromano y los griegos, amantes de la perfección, juventud y belleza. Por lo que rechazan todo aquello que les recuerde a fealdad y decrepitud. Lo que hace que desprecien la vejez. Los pintores flamencos y alemanes se ensañan con ella. Aparece la imprenta y con ella, los ancianos pierden la función de ser la memoria de grupo. Los cortesanos y los humanistas rechazan a los viejos. Y es precisamente en este siglo, Siglo XVI, el que permite llegar a más personas a la edad avanzada.

Aquí seguimos viendo que es la mujer la encargada de los cuidados de los ancianos de la familia. **Mundo moderno.** Aquí es donde comienza a hablarse de jubilación. Palabra que se toma del latín “jubilare” que significa “lanzar gritos de júbilo”. Nace como compensación a una vida de trabajo, según Tom Paine en 1796, según nos cuenta Simone de Beauvoir. Se conocen unas pensiones en los Países Bajos en 1844 y en Francia los primeros fueron los militares y

funcionarios públicos. Más tarde mineros y otros.. Este es un fenómeno economicista. Se valora a la persona por el trabajo que realiza. Así se crean los primeros sistemas de seguros sociales. Pero la mujer sigue ejerciendo de cuidadora principal, a pesar de empezar a realizar trabajos fuera del hogar.

El Mundo Contemporáneo. El anciano ya no es un depósito de sabiduría. El grupo etario de mayor velocidad de crecimiento neotecnológico lo constituye la población de los de edad avanzada. Se prolonga el lapso post-jubilación con un consiguiente empobrecimiento por el mayor poder en las necesidades asistenciales. Esto va unido a un descenso de la fecundidad y la natalidad. **Aquí la mujer juega un papel único.** Ya ha dejado de ser la cuidadora principal, pues la liberación de las tareas domésticas con los nuevos adelantos, le permiten tener tiempo para realizar tareas y estudios que le reportan libertad y dinero, pero eso es ideal, no real. Con la sexualidad libre de fecundidad tras la píldora y con familias reducida que cambian totalmente la arquitectura de las ciudades, formando familias reducidas y olvidando la familia nuclear anterior. Los ancianos son recludos en residencias o viven solos. Estos en Europa suponen un 30% y van en aumento. El Estado es el que debe asumir **los cuidados**, aunque todavía **recaen en la mujer de forma informal**, especialmente en el mundo rural. No pasa así en el mundo urbano, donde las viviendas son cada vez más pequeñas y no hay lugar para “el abuelo”. En España la experiencia en políticas sociales está en pañales. En Noruega hay una red de cuidados al anciano en residencias y hogares públicos (yo los he visitado). Darwin no cree que el envejecimiento y la muerte sean un castigo, sino fatalidades que nos acontecen, un accidente. No es el método de Darwin el que crea la muerte; aparece por que el método de Darwin no puede ir más allá. A este proceso de la selección natural Richard Dawkins lo llamo *el relojero ciego*, porque el proceso crea una maquinaria de gran complejidad sin mirar lo que está haciendo de cara al futuro. Y hay un lugar donde sus dedos no pueden tocar. Ese lugar lúgubre es lo que llamamos vejez. Se realizan trabajos sobre la vejez. Se comienzan las investigaciones sobre el envejecimiento (Gerontología).

Autores como Quetelec, Galton, Paulov y Hall. Birren nos señala la fecha de 1835, en la que **Quetelec** publica su obra *Surl l'homme et le développement de ses facultés*, como un antecedente de la Gerontología. Influye en la vejez cómo una persona nace, crece y muere. Hizo investigaciones sobre el desarrollo de la inteligencia y el rendimiento. Anima a hacer investigaciones rigurosas sobre la vejez. Ya que el *le développement de ses facultés* (*el desarrollo de sus facultades*), como un antecedente de la Gerontología. Anima a hacer investigaciones rigurosas sobre la vejez. Ya que vio claramente la relación entre influencias biológicas y sociales.

Birren afirma que “con estas palabras y datos, *Quetelec* inicia claramente la psicología del desarrollo y del envejecimiento”. (Birren, 1961, p.70). **Galton**, en 1883, en su obra *Inquiry into human faculty and its development*. Nos relaciona la psique con datos antropométricos. Relaciona las modificaciones sufridas en la vejez con procesos de metales. Se le considera como un representante de la investigación longitudinal, ya que insistía en la importancia de la repetición de estas investigaciones a lo largo de la vida para verificar en cada caso el coeficiente de incremento del desarrollo del cambio.

Paulov, en 1926, intenta conexiones entre los aspectos fisiológicos y psicológicos. Además de la funciones del sistema central y los modos de comportamiento observables. De todos es bien conocida sus experiencias con perros. Vio que los perros mayores “aprendían más despacio”. Su

teoría de los estímulos se copia para explicar los procesos de envejecimiento en el proceso de aprendizaje. **Hall** en 1922, con casi 80 años, escribió *Senescence, the last half of life (La última mitad de la vida)* con la idea de contribuir a “una mejor y más correcta comprensión de la naturaleza y funciones de la edad y ayudar a la gerontología”. **Miles** en 1922 fundó en la Universidad de Stanford, el primer gran instituto destinado a la investigación de los problemas del envejecimiento.

El intenta señalar que con el aumento de la edad se producía una disminución de la capacidad intelectual. **Rybnikov**, 1929, introdujo el término “*Gerontología*”. El libro de **Cowdry** aparece en 1939: *problems of Aging (Problemas del envejecimiento)*. Primero fue sólo desde un punto de vista médico, pero se amplía con aspectos sociales, psicológicos y psiquiátricos. Este año se funda en Estados Unidos el “*Club para la investigación del envejecimiento*” (*Club for Research on Aging*). Se convoca anualmente para los descubrimientos de la gerontología.

Más adelante, como indican **Streib** y **Orbach** en 1967, se amplían las orientaciones fisiológicas y psicológicas. Se creó una sección de gerontología en el *National Advisor Committee* para interesarse por los problemas de la vejez (Birren, 1961). En 1945 se organiza en Estado Unidos la *Gerontological Society*, ayudada por la fundación Pressey con una sección “*Madurez y ancianidad*” (*Maifurity and Old Age*) en el seno de la American Psychology Association. 1947 se celebra en Detroit el primer congreso de la Sociedad de Gerontología.

En 1938 se funda en **Alemania la primera revista** dedicada al estudio de **la vejez** “*Zeitschrift für Alternsforschung*” (Revista de investigación del envejecimientos). Con el psiquiatra **Gruhle** que introdujo cuestiones psicológicas sobre los problemas que acontecen en el envejecimiento. Pero hasta 1967 no se logra una colaboración fecunda entre distintas disciplinas. Su primer congreso se cambia el nombre de la revista por “*Sociedad alemana de gerontología*” con secciones de psicología y de sociología.

El libro de **Gruhle** titulado *Das seelische Altern (El envejecimiento psíquico)* veía algunos problemas de adaptación y de asimilación a nuevos contenidos del pensamiento. También habla de la facilidad del olvido y de las actitudes de terquedad e irritabilidad, lo que lo caracteriza “*proceso típico del envejecimiento*”. Ve el envejecimiento como proceso de descenso, de involución, de pérdida de facultades y con pocos contactos sociales. Como siquiatra, interpreta las carencias afectivas como “*comienzo de embotamiento en la vejez*”.

Otros autores son **Giese** (1928), **Bühler** (1933). **Bracken** (1939) intenta introducir la investigación psicológica. Le interesa el mundo interior de la mente. Y las transformaciones de la personalidad humana en la adultez media y baja. En las investigaciones desde el punto de vista psicológico: **Rotchacker** (1939), **Stern** (1931) y **Vischer** (1948). Estas investigaciones psicológicas se refieren: A aptitudes mentales, al funcionamiento de la memoria, a las habilidades y estrategias de aprendizaje, a la afectividad, a la elasticidad o rigidez del carácter, el autoconcepto, la movilidad emocional, la regresión de la personalidad y la creatividad.

2.2.10. Últimos avances sobre envejecimiento

¿Es posible revertir el envejecimiento?

Un investigador español: Dr. Juan Carlos Izpisua ha logrado retrasar el reloj biológico de animales. Su próximo reto es rejuvenecer tejidos humanos. Este profesor y su equipo en el laboratorio de Expresión Génica del Instituto Salk (en La Jolla, California) y catedrático de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). Para ello se va al punto cero del momento de la concepción, la acumulación de marcas epigenéticas.

Ya hace 10 años, el biólogo japonés Shinya Yamanaka (Nobel de Medicina en 2012) conmocionó a la ciencia al identificar cuatro genes responsables de “resetear el reloj del óvulo fertilizado y ponerlo en hora cero. En 2013 y 2014, los experimentos del japonés resultaron un desastre. Izpisua examina a lagartos, lagartijas y peces que son capaces de regenerar colas y extremidades amputadas. Intentándolo en ratones con progeria (una enfermedad rara que conlleva envejecimiento prematuro). Los investigadores creen que estos efectos se han logrado al “resetear” el reloj del envejecimiento regido por el epigenoma.

¿**Cómo funciona el epigenoma?** El epigenoma permite que una célula del pulmón active solo los genes necesarios para desarrollar su rol y desactiva el resto de genes. Así es como las células embrionarias se van convirtiendo en todos los tipos de células que forman un organismo. Luego, a lo largo de la vida de una persona, y en función de la dieta, su estilo de vida y otros factores del entorno, el epigenoma añade marcas que dan instrucciones a los genes para que se activen o no. El epigenoma está detrás del envejecimiento. (Guisasola Maisol, 2017).

Debemos pensar en términos de salud y no de inmortalidad. Seguiremos muriendo de viejos, pero podremos evitar enfermedades devastadoras como el cáncer, según el Dr. Izpisua. Según el autor, el envejecimiento tiene que ver con la regeneración. Con los cuatro genes concretos de Yamanaka, a un animal de experimentación, sus órganos se regeneran y rejuvenecen. Esto solucionaría la carencia de órganos para trasplantes usando a los cerdos como “incubadoras”. Un bombazo de cómo revertir el envejecimiento. Esto es, usar células humanas, que son células pluripotentes, e introducirla en un embrión animal. Estas células son las llamadas “células madre”. Es curioso, su madre tuvo que dejarlos (a él y sus hermanos) en un orfanato para cuidar a sus abuelos. Eran tiempos difíciles, pero la mujer siempre es la encargada de los cuidados a las personas mayores, como hemos ido viendo a lo largo de todo este trabajo de investigación. (Méndez Daniel, 2017)

2.2.11. Modelo Bio-psico-social (1960)

En los años sesenta ya se ve **el modelo integral bio-psico-social** que aglutina todas las dimensiones posibles: biológicas, psicológicas y sociales. Esta es la perspectiva adoptada por la Organización Mundial de la salud (1946): como un estado de bienestar físico, mental y social y no sólo como ausencia de enfermedades. **Esta es también la perspectiva de esta tesis.** Hay que entender a la vejez como un proceso de cambio, tanto en el ámbito biológico como psicológico y social o socio-gerontológico.

Este estudio es interdisciplinar donde están implicados: médicos, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, juristas, ecologistas, arquitectos y enfermeras. Todos con el objeto de

descubrir las interacciones entre los factores bio-psico-sociales. Sobre todo los estudios de psicología del envejecimiento (Riegel, 1977). En 1986 se crea una revista “Psychology and Aging (Psicología y envejecimiento). En España se crea en 1948 la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (de la que soy socia). Como vemos desde el punto de vista antropológico existen muchos estudios de la vejez. Las personas mayores ejercen distintos roles según las culturas: **Keith** (1980) señala dos roles: 1. En las sociedades primitivas son los portadores del conocimiento y de la experiencia, de la tradición y la cultura. Importaba más esto que las limitaciones físicas o sensoriales. Pero si tenían dificultades psíquicas, el anciano era abandonado o sacrificado. 2. En las sociedades avanzadas donde importa más lo tecnológico que las culturas antiguas, el anciano es visto más con sus rasgos negativos, lo que influye en el valor de sus roles. **Lehr** (1983) nos dice sobre la vejez:

1. Cuanto más primitiva es una sociedad sus actitudes hacia el anciano son más positivas.
2. El prestigio de las personas de edad avanzada está en relación directamente proporcional al número de habitantes pertenecientes a esa categoría de ciudadano.
3. Los jóvenes tienen una imagen más negativa de las personas mayores que el resto de la población. Los roles y estereotipos sociales de una sociedad concreta influyen en los ciudadanos en: Autoestima, expectativas y autoconcepto.

2.2.12. La muerte

La muerte es uno de los problemas más inquietantes y más difícil de plantear. Ésta se nos presenta, según Julián Marías, de manera muy semejante a la del horizonte visual. La muerte es posible en cada instante, y el hombre lo sabe. Es algo futuro, inevitable, pero afectado por el “todavía no” o “no por ahora”. El hombre es mortal, que tiene que morir: es *moriturus*. Hay una edad, la *vejez*, que es la última: nadie pasa de viejo; la muerte, segura e inevitable, aparece como algo que se puede retrasar. Hay un refrán popular español cuando alguien es muy, muy viejo: “*ese vive con permiso del enterrador*”.

Como decimos, esta edad última, desemboca en la muerte. Existe la muerte biológica, la del organismo y la muerte de la persona: lo *que yo soy* es mortal; pero *quien soy* pretende ser inmortal. El hombre sabe que tiene que morir, pero “todavía no” y, por ello, gozamos de la realidad sabiendo que tendrá un final. La muerte es un ingrediente de la vida humana. Hay otro refrán que dice: “*comamos y bebamos, que mañana moriremos*”.

Pero el ser humano tiene la esperanza de la inmortalidad. Sin ella, la vida es un engaño. Pero la perspectiva de la muerte introduce un máximo de inseguridad: no podemos estar seguros de la aniquilación; tampoco – salvo la fe – podemos tener plena certeza de la inmortalidad. La muerte introduce un peculiar *dramatismo* en la vida, que le viene de esa limitación, de que sabemos que tenemos los días contados. Por ello, esos días tienen un gran valor, ya que son indefinidos y contados.

La muerte nos limita negativamente la vida, pero también la configura. Yo me proyecto, cuento con un horizonte incierto, pero probable. Por ello, la vida, tiene ese carácter gramático y argumental, pues se proyecta frente al horizonte de la muerte. Vemos esa limitación, como algo negativo. Pero también, la muerte, tiene ese algo positivo, que da sentido y valor a cada segundo de la vida del ser humano. Por ello, se impone una selección cualitativa de los componentes de la

vida y de los momentos temporales que la integran. El ser humano se proyecta en su diario vivir. Quiere ser inmortal e intenta dejar su huella en este mundo, ya sea reproduciéndose en su prole o en sus obras. Esta esperanza en la inmortalidad es lo que le hace seguir adelante cada día. (Marías J, 1988)

¿La medicina moderna ha empeorado o ha mejorado las circunstancias de la muerte? Kastenbaum y otros autores creen que lo que facilita una buena muerte: una charla sincera, las residencias para enfermos desahuciados y los cuidados paliativos. (Kastenbaum, 2006). También este autor reveló que tantos los médicos cuando atienden a pacientes moribundos, pasan menos minutos con ellos, no se les administran los medicamentos adecuados, no se les visita tanto y que las enfermeras responden con más lentitud a las llamadas de dichos enfermos (Kastenbaum, 2006, p. 113).

Todos sabemos que la medicina moderna ha hecho que la muerte sea más factible. Los adelantos en medicinas han salvado muchas vidas Pero no están preparados para el fracaso que supone la muerte, puede alargar artificialmente la vida y llevarnos al más morir. Hay personas que han visto etapas ante la muerte y han querido que sepamos cuáles son y cómo las afronta la persona que va a morir:

- A) *Etapas según Elisabeth Kübler Ros* (1969,1975) encontró cinco etapas en todos los pacientes: 1.Negación (“No me estoy muriendo”), 2. Ira (“La culpa es de los médico, o de mi familia, o de Dios), 3. Pacto (“A partir de ahora, si vivo, seré bueno”), 4. Depresión (“Ya nada me importa”), 5. Aceptación (“Acepto mi muerte como parte de la vida”).
- B) *Etapas según Abraham Maslow* cinco etapas según las necesidades humanas (Ya remarcadas en la dimensión biológica-médica): 1. Necesidades fisiológicas (liberarse del dolor), 2. Seguridad (no sufrir el abandono), 3. Amor y aceptación (de familiares y amigos), 4. Respeto (de los profesionales) 5. Actualización (trascendencia espiritual) (Zalenski y Raspa, 2006). Ver pirámide de Maslow.
- C) Otros autores ven estas etapas que aparecen y desaparecen. Algunos creen que el bienestar, la seguridad y el respeto del que habla Maslow son muy importantes en el proceso de la agonía. Pero según Kübler Ros y otros investigadores, el paciente terminal quiere hablar largo tiempo con sus familiares y con los médicos y tener tiempo para arreglar sus asuntos religiosos.

Todos hemos leído las *Coplas de Jorge Manrique* a las muerte de su padre. El estribillo decía:

¡Dios mio, que sólo
se quedan los muertos!
¿Vuelve el polvo al polvo?
¿Vuela el alma al cielo?
¿Todo es vil materia,
podredumbre y cieno?
¡No sé; pero hay algo
que explicar no puedo,
que al par nos infunde

repugnancia y duelo,
al dejar tan tristes,
tan solos, los muertos!

(Escobar E. *Antología poética del siglo XIX*. Cultura clásica. Madrid, 1976)

2.2.12.1. La muerte a través de las culturas

1. Budismo. La enfermedad y la muerte son consideradas como inevitables, finalmente conducen a la iluminación (Nakasone, 2000). El nacimiento, la vida y la muerte son sólo fases dentro del gran círculo de la existencia: “1. La vida se fusiona gradualmente con la muerte”. Y la muerte misma es parte del ciclo recurrente de ser y transcurrir” (Kastenbaum, 2004, p. 337).

El Budismo nos describe ocho etapas: 1. la visión se vuelve borrosa, 2. disminuye la audición, 3. desaparece el olfato, 4. se detiene la respiración, 5. se percibe una luz blanca, 6. aparece una luz roja, 7. desciende la oscuridad, pero 8. la luz clara de la muerte llega. Como podemos comprobar las últimas etapas ya no forman parte de lo que los médicos llaman vida. Al dejar de respirar, el médico certifica la muerte. (Kastenbaum, 2006). Los familiares y amigos colaboran para que la persona no reciba medicamentos que alteren su mente, ni intervenciones que posterguen la muerte. Ya que ésta no es el final, pues renacerá y alcanzará en el *nirvana*.

2. Hinduismo. Estos están obligados a liberar a la persona que se está muriendo de los lazos de este mundo y prepararse para el próximo. La muerte es sagrada y es bienvenida por la persona que se está muriendo. Se le echa sobre el piso y se le humedecen los labios con agua del río Ganges, el río sagrado. Sus familiares le rodean y le recitan salmos. Difícil de hacer ésto en un hospital occidental. Ven a la muerte como un camino hacia la iluminación espiritual, una parte del Karma.

3. Nativos norteamericanos. Todos estos indios consideran a la muerte como una afirmación de la naturaleza y la comunidad. Esto, como sabemos, contrasta con el énfasis que pone Occidente en el individuo y la ciencia (Van Winkle, 2000). Ellos desean morir como sus antepasados: “tomando el impulso del universo y la tierra” (Chapleski, 2005).

4. Judaísmo. Creen que hay que mantener la vida y la esperanza. La muerte no se enfatiza. Entierran el cuerpo sin embalsamar en un ataúd de madera para simbolizar que no es posible la preservación física. El *Shivá* es el duelo que realiza la familia durante una semana. Ellos realizan el duelo en comunidad nunca en soledad. La puerta de la casa no se cierra: los miembros de la comunidad entran y salen (Guillman, 2005, p. 148). Kaddish es la plegaria que recitan los familiares y en cada aniversario. La persona vive en el recuerdo y el respeto de sus deudos y no en el cielo o el infierno.

5. Cristianismo. Para ellos, la muerte no es el final, sino el comienzo de la eternidad en el cielo o el infierno. La muerte es a la vez bienvenida y temida. Entierran a sus muertos según la tradición cristiana en los cementerios. Tienen su día de los difuntos en noviembre. México mezcla sus ritos con sus costumbres aztecas. Dejan dulces en la tumba y tienen una comida especial al lado de la sepultura, donde celebran la vida y la muerte (Talamantes y Cols., 1999). Estados Unidos con Halloween o “la víspera de todos los santos”. Para los cristianos afroamericanos la muerte se celebre en la comunidad con la iglesia llena de gente que entonan música jubilosa y lastimera (Collins y Doolittle, 2006; Rosenbatt y Wallece, 2005).

6. Islamismo. Los musulmanes tienen en cuenta las palabras del profeta: "Vive como si fueras a vivir para siempre y al mismo tiempo vive como si fueras a morir mañana". La muerte no es vista como algo separado de la vida (Lord y cols., 2003). Para ellos, la muerte afirma la fe. Saben que los placeres y logros de la vida son fugaces. El moribundo es un recordatorio sagrado de la mortalidad y el potencial para una vida feliz en el otro mundo. Tienen un ritual antes y después de la muerte: 1. Oraciones, 2 lavado del cuerpo, 3. Transporte del ataúd y la asistencia al funeral. Lo que nos quieren decir es que la muerte es muy especial para todos los musulmanes. Lo expresan de una forma pública y ruidos (Nobles y Sciarra, 2000). Todos recuerdan que el final de la vida mortal es la transición hacia un mundo mejor (Hai y Husain, 2000)

2.2.12.2. La muerte en psicoterapia experimental, la obra de Yalon (1984)

En particular se dedica a cuatro preocupaciones esenciales para el hombre: La muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de sentido. El individuo debe enfrentarse a cada uno de estos hechos. Yo he preferido referirme a la muerte, ya que la investigación trata sobre personas mayores. Ya que el trabajo terapéutico va siempre acompañado de una corriente profunda de preocupaciones sobre la muerte. Si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte. La vida es la primera obligación de todo ser vivo. Recordemos el antiguo precepto de que si *vis pacem, para bellum*, es decir, que se queremos la paz, armémonos para la guerra. O mejor, Si *sis vitam, para mortem*, es decir, si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte (Freud)

La muerte. Según la *psicoterapia existencial* (Yalom Irvin D., 1984)

Según Adolph Mayer, aconseja: "No hurguéis donde duele". Ya que el objetivo de la terapia es ayudar al individuo a que aprenda a vivir. ¿Por qué no dejar la muerte para los moribundos?

Yalom nos indica dos proposiciones básicas:

1. La vida y la muerte son interdependientes; existen en forma simultánea y no consecutiva; la muerte late continuamente bajo la membrana de la vida y ejerce una enorme influencia sobre la experiencia y la conducta.
2. La muerte es una fuente primordial de angustia y, como tal, es un manantial primario de material para la psicopatología.

Otto Rank, terapeuta, en su ensayo titulado *Miedo a la vida y miedo a la muerte* nos dice que en el individuo hay un miedo primario que se manifiesta a veces como miedo a la vida y otras como miedo a la muerte. Vamos a definir estos términos:

1. "Miedo a la vida" designaba la angustia que se experimentaba por "la pérdida del contacto con el medio ambiente que nos rodea" Es el temor de enfrentarnos a la vida como un ser aislado, el miedo a la individuación, a "salir adelante", a "destacarnos de la naturaleza". El prototipo de este miedo sería el "trauma del nacimiento".
2. "Miedo a la muerte" Rank se refiere al temor ante la propia extinción, la pérdida de la individualidad o la disolución en el todo que nos rodea (Rank. *Will Therapy*, p 119-34). Y nos dice que "entre estas dos posibilidades de miedo, entre estos dos polos de temor, el individuo avanza y retrocede durante toda la vida..."

La muerte: Es la preocupación más obvia y más fácil de comprender. Ahora mismo existo, pero en cualquier momento dejaré de hacerlo. Me sobrevendrá la muerte y no hay escapatoria posible. Según Spinoza: “Todo tiende a permanecer en su propio ser” (Spinoza B, citado por M. de Unamuno. *The tragic Sense of Life*, traducción J.E. Flitech, Dover, Nueva York 1954, p. 6: edición castellana: *Del sentimiento trágico de la vida*, Espasa Calpe, Madrid, 1980), y uno de los conflictos existenciales básico es la tensión que se crea entre la conciencia de la inevitabilidad de la muerte y el deseo de continuar siendo.

Como bien sabemos: “*cada uno de nosotros nace solo y muere solo*”. En algún momento de la vida, todo ser humano entra en una etapa de “oscura reflexión”, donde se pone en contacto con las preocupaciones existenciales básicas. Por lo que la tarea del filósofo y del terapeuta es hacer que aflore lo que está reprimido. Los dos deben estimular al individuo a examinar mediante introspección su propia situación existencial.

Algunos pensadores existencialistas como Jean-Paul Sartre, Albert Camus, Miguel de Unamuno y Martin Buber, han utilizado la literatura para expresar sus ideas antes que argumentos filosóficos. No vamos a detenernos aquí en las escuelas positivismo científico o el psicoanálisis freudiano. En 1834, un joven *danés*, sentado en un café, empezó a pensar que se está haciendo viejo, sin haber hecho ninguna contribución a la humanidad. Sören Kierkegaard pensó: “Todo el mundo debe hacer algo, pero si las capacidades de uno son limitadas y no le permiten simplificar las cosas aún más de lo que ya están, uno debe, con el mismo entusiasmo humanitario que anima a los demás, acometer la tarea de lograr que las cosas sean más difíciles” (Kierkegaard, o. cit., mencionado por Yalom, 1984).

Durante su vida estuvo analizando su situación existencial y en 1840 publicó varios tratados importantes. Hasta después de la Primera Guerra mundial, no fueron tenidas en cuenta sus ideas, pero luego fueron adoptadas por Martin Heidegger y Karl Jaspers entre otros. Yo lo he leído en mis estudios de filosofía.

Los estoicos decían que la muerte es el hecho más importante de la vida. Aprender a vivir bien es aprender a morir bien. Cicerón dijo: “Filosofar es prepararse para la muerte”. Séneca nos dijo: “Nadie disfruta el verdadero gusto por la vida hasta que está dispuesto y listo para abandonarla”. San Agustín: “El verdadero ser del hombre nace de cara a la muerte” La muerte es un hecho de la vida. No es el final de la vida ni el último momento de la vida. “Estamos muriendo desde el nacimiento”; el final está presente desde el principio (Manilio, cit. por Yalom, 1984).

Yalom (o. cit., 1984) sigue recogiendo la opinión de otros sugestivos autores como Montaigne, Heidegger, Freud y Hegel. A tal respecto, Montaigne se preguntaba: “¿Por qué temes el último día? El último paso no es la causa de la fatiga, sino el que la pone de manifiesto”. La muerte está unida a la vida y que su consideración permanente enriquece la vida y no al contrario. Aunque la muerte destruye al hombre, la idea de la misma sirve para salvarle.

Martin Heidegger en 1926 estudió cómo la muerte puede salvar al hombre y llegó a unas importantes conclusiones de que el ser consciente de ella actúa como una espoleta que nos hace saltar de una manera de existir a otra superior. Él pensaba que hay dos maneras fundamentales de existir en el mundo: Un estado de descuido de uno mismo y otros de cuidado de uno

mismo (Heidegger). Las experiencias límites (Jasper). La muerte es incomparable: *es la condición que nos permite vivir la vida de manera auténtica*.

Freud creía que la transitoriedad de la vida aumenta el disfrute que experimentamos con ella. Jean Giraudoux en su obra *Amphitryon 38* aparece una conversación entre los dioses Júpiter y Mercurio: “...la intensidad de lo transitorio, la amenaza de la mortalidad, esa dulce tristeza de alcanzar algo que no se puede retener...”.

Montaigne imagina una conversación en la cual Quirón, semidiós, rechaza la inmortalidad cuando su padre, Saturno, dios del tiempo y de la duración, le describe las implicaciones de la elección: “*Imagínate sinceramente cuánto más insoportable y dolorosa sería la vida eterna, en lugar de la vida que le he dado. Si no tuvieras la posibilidad de la muerte, me maldecirías sin cesar por habértela quitado...*”

Somos las criaturas mortales que conocemos nuestra mortalidad, porque poseemos una naturaleza de nosotros mismos. Negar la muerte es negar la naturaleza básica del hombre. Ella actúa como catalizador para impulsarnos a un modo de vida más auténtico y realiza el placer y el disfrute de nuestra existencia.

La angustia ante la muerte. El miedo a morir es permanente y se gasta la propia energía vital en negar la muerte. Intentamos trascenderla: 1. Desde los fenómenos personales con profundos con nuestras motivaciones, sueños y pesadillas, hasta 2. Las estructuras macro-sociales, más externas, como los monumentos funerarios, las teologías e ideologías, los cementerios, los embalsamientos, la necesidad de extendernos en el espacio, el impulso a avanzar. Todo ello, con el afán y el fin de trascender la muerte

Freud nos dirá que el grupo básico humano se forma en torno al miedo a la muerte. Perpetuaron el grupo los primeros humanos por el miedo a la oscuridad y para perpetuarse y en ello está la búsqueda simbólica de la inmortalidad. (Freud). Hegel nos dice que la historia es el relato de lo que el hombre hace con la muerte (Hegel).

Robert Jay Lifton estudió las implicaciones culturales que tiene el hombre de alcanzar simbólicamente la inmortalidad:

1. El modo biológico: vivir a través de la propia prole
2. El modo teológico: vivir en un plano más elevado de la existencia
3. El modo creativo: vivir a través de las propias obras
4. El de la naturaleza: vivir a través de una integración con las turbulentas fuerzas vitales de la naturaleza.
5. El modo trascendental de la experiencia, es decir, perdiéndose uno mismo en un estado tan intenso que el tiempo y la muerte desaparecen y se vive en un “presente eterno” (Lifton).

El miedo a la muerte es una fuente primaria de angustia. Muchos filósofos nos dicen: Jaspers: De “conciencia de fragilidad del ser”. Kierkegaard: De temor de “no ser”. Heidegger: De imposibilidad de posibilidades posteriores. Tillich: De ansiedad ontológica. Se hace una distinción entre angustia y miedo a la muerte. No vamos a entrar en muchos detalles. Kierkegaard es el que hizo una clara distinción entre el miedo y la angustia (terror). Contrasto el miedo al *algo* con el miedo a *nada*, “a una nada a la que el individuo es ajeno.

Pero Jacques Choron distingue tres tipos de miedos: A lo que viene después de la muerte. Al hecho de morir y A la extinción del ser.

No nos vamos a alargar, pero la bibliografía sobre la muerte en el 1972 incluía más de 2600 libros y artículos. Y, como final, decir que la angustia ante la muerte, tanto consciente como inconsciente, se relaciona con el neuroticismo. Como ya hemos dicho al principio la incorporación de la muerte a la vida enriquece a ésta y permite al individuo liberarse de las trivialidades sofocantes y vivir de manera más intencional y auténtica. La conciencia plena de la muerte provoca un cambio radical en la persona. Sin olvidar que ésta es una fuente primaria de angustia.

Freud excluyó a la muerte de la teoría psicoanalítica y no consideró que el miedo a ésta era una fuente primaria de miedo. Pero a la edad de sesenta y cuatro años, en su obra *Más allá del principio del placer*, Freud asignó un papel a la muerte en su modelo de la mente. Hay un instinto de muerte que opera dentro del inconsciente y que se opone al instinto tanático. La muerte no ha ocurrido todavía. Esto ocurrirá en el futuro. No se ha experimentado antes ni puede imaginarse realmente. Y, no puede existir en el inconsciente ni influir en la conducta. Por ello no forma parte de la teoría dinámica formal de Freud.

Sus discípulos, en 1910, abandonan la teoría de la libido de Freud y cada uno propuso su motivación: Jung defendió un monismo espiritual de fuerza vital, Adler tuvo su preocupación del niño por su propia supervivencia y por su pequeñez y desamparo frente al mundo y Rank subrayó la importancia de la angustia ante la muerte. Y sugirió que el ser humano se halla siempre en conflicto entre dos temores: el miedo a la vida (y su aislamiento intrínseco) y el miedo a la muerte. Otros teóricos como Fromm, May, Tillich, Kaiser y Becker, completan pero no sustituyen la teoría estructural de Freud.

Según **Nietzsche** (Yalom, 1984), la conducta está determinada por fuerzas mecánicas inconscientes. Creemos que somos seres autónomos capaces de tomar nuestras propias decisiones, pero no es así. Cuando tenemos una enfermedad como el cáncer, la negación es el intento de resolver la angustia resultante de la amenaza inminente de peligro, pero también es el producto de una profunda convicción en la propia inviolabilidad.

Algunos conocedores de su muerte se enfrentan a la angustia en una especie de *staccato*: un momento breve de conciencia, terror pasajero, negación, elaboración interna y, después, parecen ya preparados a recibir mayor información. A veces hay una diferencia entre “saber” y “saber verdaderamente”, entre la conciencia cotidiana de la muerte y el enfrentamiento pleno con la “propia extinción

Rober Frost escribió. “perdóname Señor, las pequeñas bromas que te hago, y yo te perdonaré la enorme que “tú me haces”.

Nikos Kazantzakis, escribió sobre Zorba, como el hombre autosuficiente. Éste dijo sus últimas palabras: “...si viene algún sacerdote a confesarme y darme la comunión, díganle que se largue y así tal vez me maldiga... Los hombres como yo deberían vivir mil años”. El mismo Kazantzakis con su personaje Ulises aconseja: vivir la vida de una manera tan completa que no le dejemos a la muerte más que un “castillo quemado” (Kazantzakis, 1965).

Ernest Hemingway (cit. por Yalom, 1984) es el prototipo de héroe compulsivo, ya que buscó en toda su vida el peligro. Y dijo: “no tengo miedo a nada”. Al final, todas las ideas persecutorias y de referencia surgen de un sentimiento profundo de grandiosidad personal; después de todo, solo una persona muy especial podría atraer tal cantidad de atención, aunque sea malintencionada, del ambiente que le rodea. Sabemos que cuando se quedó sin defensa contra el miedo a la muerte, se suicidó. Es paradójico, pero las personas que tienen miedo a la muerte, se suiciden. Suelen afirmar: “tengo tanto miedo a la muerte que prefiero suicidarme”.

El trabajo maniaco, es decir, el del individuo consumido por el trabajo. El tiempo de ocio les genera ansiedad y tratan de llenarlo con alguna otra actividad que les hace la ilusión de estar logrando algo. Kluckholm propone una clasificación antropológica de la “actividad” a la que divide en: orientada al “ser”, al “ser en transformación” y al “hacer”. Ésta última se centra en la consecución de logros medibles según unas normas ajenas al individuo actuante. Ejemplo actual: la cultura industrial, que valora al individuo por “lo que hace”, no por lo que es. Una frenética lucha contra el tiempo indica un gran miedo a morir.

Y, qué tenemos que decir de la neurosis del fracaso. Esto es que las personas están a punto de alcanzar la meta por la que han luchado largo tiempo empiezan a sentir, en lugar de euforia, una disforia paralizante que a menudo les impide triunfar. Freud lo llamó el “*síndrome del que naufraga ante el éxito*”. (Freud, 9). Rank le llamó “angustia ante la vida” (Rank,) y Maslow, al que ya hemos visto al hablar de las necesidades y con su pirámide en la dimensión biológica-médica, señala que huimos de nuestras más altas posibilidades (como de las más bajas) y denomina al fenómeno “complejo de Jonás”, ya que Éste no puede resistir su grandeza personal y quiso escapar del destino (Maslow) Así, todo individuo que nace está condenado a la angustia. El destacarse del medio ambiente, ser el propio padre. Spinoza lo definió como ser “el propio dios”. Pero todo esto nos lleva a quedarnos solos, sin esperar la llegada de un salvador y sin el consuelo de los demás seres humanos. Por ello, recurrimos a creer que nos rescatará un salvador personal. Fromm lo llama a esta figura mítica “ayudante mágico” y Masserman, el “servidor omnipotente”. Ninguna cultura primitiva ha creído que los humanos estuviesen solos en un mundo indiferente.

Durante miles de años, los seres humanos han vencido de esta forma su miedo a la muerte y han renunciado incluso a su vida para abrazar una causa personificada o un ideal. Tolstoi, en *Guerra y Paz*, describe muy bien la necesidad de fabricarse figuras deificadas para después confortarse con la seguridad que emana de ellas.

Por lo general, todas las personas utilizan defensas múltiples y entrelazadas para mantener a raya la angustia. Otto Rank, en su ensayo “Miedo a la vida y miedo a la muerte”, considera que en el individuo hay un miedo primario que se manifiesta a veces como miedo a la vida y otras como miedo a la muerte. **¿Qué es miedo a la vida?** Rank designaba la angustia que se experimenta por la “pérdida del contacto con el medio ambiente que nos rodea”.

El temor de enfrentarnos a la vida como un ser aislado, el miedo a la individuación, a salir adelante, a destacarnos en la naturaleza. Según él el prototipo de este miedo es el “trauma del nacimiento”, la separación original. **¿Miedo a la muerte?** Rank nos dice que es el temor a la propia extinción, la pérdida de la individualidad o la disolución en el todo que nos rodea. Entre estos polos, el individuo avanza y retrocede durante toda su vida. El hombre intenta separarse,

individualizarse, afirmar su autonomía, avanzar y realizar sus potencialidades. Pero hay un momento en el que empieza a darle miedo la vida.

En psicoterapia la muerte es importante por dos razones:

1. Porque la conciencia misma puede actuar como “situación límite”. La confrontación con la propia muerte es una situación límite por excelencia y posee la capacidad de provocar un cambio radical en la manera de vivir la persona en el mundo. “Aunque el hecho físico de la muerte destruye al individuo, *la idea* de la misma puede salvarle. La conciencia de la muerte nos aleja de las preocupaciones triviales y comunica a la vida una profundidad, una agudeza y una perspectiva enteramente diferentes.
2. Porque la muerte es una fuente primaria de angustia. Este apartado ya lo hemos visto anteriormente y no vamos a ampliarlo más. Ya que la angustia forma parte de la existencia humana.

2.2.12.3. Una muerte digna

Vamos a hacer un recorrido histórico y jurídico para entender qué significa una muerte digna, ya que una vida digna requiere una muerte digna. Dado que la dignidad es algo consustancial al ser humano y que nace con él. Hemos visto anteriormente los cuidados paliativos. Ahora vamos a tratar a la persona en toda su dimensión.

La persona quiere morir en paz y en su casa, rodeada de los suyos y no conectada a máquinas y en soledad y con extraños. Debemos evitar el sufrimiento en todo lo posible, pero eso no agota la exigencia de dignidad, pues una muerte digna está mucho más allá que una muerte sin sufrimiento. Es la libertad de todo ser humano de decidir cómo quiere morir, sin coacciones de ningún tipo. Es el valor de la autonomía personal, de la capacidad de autogobernarse. No quiere someterse ni a lo político ni a lo económico ni a lo moral. La persona lucha por su dignidad, por el derecho a su libertad. Hay que respetar esta parcela de libertad individual. Para entender mejor todo vamos a clarificar conceptos.

Eutanasia: en griego, *eu* (buena) y *thanatos* (muerte): muerte tranquila y sin sufrimiento. Una muerte ideal. Eutanasia significa buena muerte. Algunos creen que hay que darle el término como una muerte indolora y rápida que se administra a una persona en situación de sufrimiento por solicitud libre y reiterada.

En la Edad Media, se le dio el nombre de “impulso de misericordia”, que llevaba a los soldados a dar muerte rápida a quienes quedaban malheridos en el campo de batalla.

La *Edad Moderna* cambia y se resucitan las ideas de la filosofía de estoicos y epicúreos, los que entendieron la vida como un proceso natural de nacimiento, crecimiento, madurez, decadencia y muerte. Ellos defendieron la libertad individual de poner fin a la propia vida, ya que el individuo era el dueño. Sabemos que Epicteto y Séneca aconsejan que se puede salir de la vida cuando uno quiera. En el siglo XVI, Francis Bacon, recupera el término como una muerte pacífica administrada por razones compasivas.

Se ha podido confundir con el suicidio. Aunque se denomina conducta eutanásica tanto a la eutanasia como al suicidio asistido. Si no es a petición del interesado, no debe llamarse eutanasia. Tampoco es eutanasia ni el rechazo de un tratamiento por el paciente ni la limitación del esfuerzo terapéutico por el médico. La renuncia a un tratamiento es un derecho reconocido en nuestro país por la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril), ya mencionada y que

reguló por primera vez en nuestro país los derechos de los pacientes, explicitándose y ampliándose luego en la Ley Básica de Autonomía del Paciente del año 2002 (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

No vamos a dedicarle muchas líneas *al suicidio*, comportamiento que la OMS en 2002 contabilizó en la cifra de un millón de muertes en el mundo, y que calcula que en el 2020 puede alcanzar el millón y medio, pues son el 1,5% de todas las muertes en el mundo. En España, el 10% de los 35.000 intentos lo consiguen. Ni ver las cifras de otros países. Tampoco nos vamos a parar demasiado en lo que algunos filósofos como Aristóteles y los pitagóricos legaron a nuestra moral médica hipocrática.

En el mundo grecorromano no había prescripciones opuestas sobre el suicidio, donde era frecuente incluso entre los dioses del Olimpo. *Las religiones monoteístas* como el judaísmo y el cristianismo primitivo mantienen una posición ambigua sobre él. Descubrimos varios en la Biblia como el de Sansón, pero es valorado como martirio. Volveremos a los cristianos. Los musulmanes, como es sabido, también lo utilizan como martirio. Mahoma no oró en el entierro de un suicida, pero tampoco impidió que otros lo hiciesen. Hoy está prohibido por la *shariia* o ley islámica. Pero no entran aquí la autoinmolación para matar a enemigos.

Volviendo *al cristianismo*: San Agustín, obispo de Hipona, que recoge la tradición aristotélica, (354-430 d.C.), lo consideró el peor pecado. Pues considera la vida como un don divino. En 452 d. C., el Concilio de Arlés declaró que el suicidio era un crimen y el *Concilio de Braga* (563 d.C.), va más allá y niega al suicida los ritos funerarios y en entierro en el camposanto. *En el Concilio de Auxeres* (578 d.C.) se le confiscan los bienes a los suicidas.

Para los budistas, que creen en la reencarnación, no hay tabús. Las tradiciones occidentales, la vida es única y no hay más oportunidades. Pio XII, admitió el “doble efecto” de la morfina en el tratamiento de la morfina. Hoy consideramos si es lícito renunciar a la medicación o a la alimentación y rehidratación. Pero se choca con las jerarquías eclesásticas, las cuales ven la vida como un don que sólo Dios podía dar y quitar y unidos al poder civil consiguieron que las leyes civiles transformaran en delito lo que ellos consideraban pecado. Llegados a las sociedades democráticas y plurales, formadas por personas con diversos criterios, las leyes y la moral, ordenan la convivencia de otro modo, como veremos más adelante.

Como hemos dicho, la medicina sigue el *Juramento Hipocrático* que puede condensarse en dos principios: 1. *El principio de beneficencia* y obligación de hacer el bien que era aplicable tanto a los compañeros de profesión como al paciente. Había que mirar el bien del paciente. 2. *El principio de no maleficencia* (*primum non nocere*) que obliga a evitar perjuicio al paciente. El mal mayor era evitar la muerte, según el Juramento Hipocrático. Pero cuando el médico tuvo a su alcance medios eficaces para combatir la muerte o retrasarla, se pensó en el ser humano enfermo. Y aparece una “ética de cuidado”, que no es tanto en curar como en cuidar, como hemos visto anteriormente con los cuidados paliativos.

La Constitución Española proclama “como valores superiores del ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”. Su artículo 10 dice: “*que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social*”. El artículo 15: “*Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes*”. Con este artículo algunos pueden pensar en transformar el derecho a la vida en la

obligación de vivir. El reforzamiento de la Constitución queda patente en la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y las leyes autonómicas llamadas “de muerte digna”.

2.2.13. Bioética para clínicos

Hoy la ética médica se ha transformado en objeto de preocupación pública. Las causas de esta transformación son complejas, pues se trata de causas sociales, políticas, económicas y jurídicas. Pero ¿qué es la ética médica?

Pellegrino cree que la ética médica ha pasado por cuatro etapas:

1. La tradición hipocrática, enriquecida por los siglos por el estoicismo y las tradiciones religiosas. Ésta prevalece hasta 1960.
2. Comienza a mediados de los 60 y se caracteriza por ser una etapa de investigación filosófica, en la que las teorías morales basadas en principio se convirtieron en la ética médica.
3. Es el antiprincipialismo, que consiste en que las teorías morales, que compiten unas con otras. Esta está llegando a su fin.
4. Es una etapa de crisis en la que los conflictos conceptuales y el escepticismo en la filosofía moral. Esta es una perspectiva de un médico, no de un filósofo, pero de un médico abierto a la reflexión crítica en asuntos médicos. (Pellegrino, p. 75 bioética).

Bioética es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios para la conducta correcta del ser humano respecto a la vida (V.R. Potter, 1970). Surge como un intento de establecer un puente entre la ciencia experimental y las humanidades. El enorme desarrollo tecnológico actual otorga al hombre el poder de manipular la intimidad del ser humano y alterar el medio.

La ausencia de un incremento correlativo en su sentido de responsabilidad por el que habría de obligarse a sí mismo a orienta este nuevo poder en beneficio del mismo ser humano y de su entorno natural. Bios: colectivo o individuo; ethos: saber ser. La ética es la reflexión crítica sobre los valores y principios que guían nuestras decisiones y comportamientos. Debemos preguntarnos: ¿cómo cambiar mi práctica para que sea ética?, ¿cómo puedo realizar mi trabajo lo mejor posible?, ¿me estoy constantemente formando en mi trabajo para beneficiar a los otros mejor?, ¿trato con respeto a los ancianos y a sus familias?, ¿soy responsable de mi trabajo con los ancianos? Debemos hacerles lo más autónomos posibles. No somos imprescindibles, por lo que no debemos hacerlos totalmente dependientes de nosotros.

El Juramento Hipocrático nos obliga a la no maleficencia: a no infringir daño ni dolor a los otros. Y, sin juramento debemos ser justos con los demás. Ya que todo lo que hacemos al anciano repercute en él, en la familia, en el pueblo, en la nación y en el mundo. No somos islas, estamos totalmente conectados unos con otros. Por ello, todo lo que hago, repercute en los demás, como una onda expansiva.

La bioética y lo social es un referente metodológico. Lo social es el espacio de aplicación, donde yo como profesional, ejerzo mi ethos, mi saber a los demás, ya sean individuos o colectivo. Este proceso de aprendizaje, que me da el Bios, me da poder, creatividad y autonomía. Me realiza como profesional, pero sobre todo, como persona. Persona que se relaciona con personas y les respeta en su singularidad y en su especificidad.

2.3. PERSPECTIVA JURÍDICA

Vamos a hacer un repaso por los marcos normativos internacional, europeo, nacional y, detenernos más, en el marco de nuestra Comunidad Foral Navarra. Estas leyes están para favorecer a las personas y en especial a aquellas personas con problemas de dependencia. Las personas mayores son valoradas por problemas de discapacidad y sus derechos se basan en los derechos que dichas discapacidades generan.

Tanto para paliar los problemas derivados de la dependencia como las discapacidades hacen que estas personas mayores estén representadas tanto en el Marco Internacional, como en el Marco Europeo, Español y Foral. Vamos a detenernos un poco en cada marco y, sobre todo, en el Foral, en el de nuestra Comunidad Foral. También se reconocen sus derechos como personas con derechos y deberes propios. En Navarra, como veremos, lleva tiempo el de voluntades anticipadas y también el de muerte digna. Pero vayamos viendo uno por uno.

2.3.1. Marco normativo internacional

2.3.1.1. Estados Unidos

Alianza de Cuidadores Familiares propuso en el 2006 unas recomendaciones: La valoración de los cuidadores ha de hacerse desde una perspectiva centrada en la familia. Ya que la unidad de cuidado o cliente de los servicios asistenciales es el conjunto formado: la persona cuidada, el cuidador y el resto de las personas que componen la unidad familiar. (Family Caregiver Alliance, 2006).

2.3.1.2. La Convención de la ONU

La Convención de la ONU sobre derechos de las personas con discapacidad (CDPD) y su Protocolo Facultativo. Se aprueba en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, el 23 de diciembre de 2006. Vesamos algunos artículos donde se habla de personas con discapacidad: Artículo 1: *“promover, proteger y asegurar el pleno goce y en condiciones de derechos iguales y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad”*. Se promueve el respeto a la dignidad de las personas. El artículo 12.4.: *“Asegurar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y que no haya conflicto de intereses y que se apliquen en el plazo más corto posible y que sean imparciales en el ejercicio de una autoridad u órgano judicial”*.

En referente a la enfermedad de Alzheimer, la Declaración de Kyoto (2004), ya presentó 10 áreas de acción frente a dicha enfermedad: 1. Promover tratamientos a nivel de atención Primaria; 2. Hacer accesibles los tratamientos; 3. Atención en la comunidad; 4. Educación a la comunidad; 5. Involucrar a usuarios, familias y comunidad; 6. Establecer políticas nacionales; 7. Desarrollar los recursos humanos; 8. Establecer enlaces entre sectores; 9. La salud de la comunidad debe estar monitorizada (cosa que ocurre en la Comunidad Navarra); 10. Siempre hay que apoyar la investigación (cosa que a nivel nacional dejar mucho que desear). (Alzheimer's disease International).

2.3.2. Marco Normativo Europeo: Comisión de las comunidades Europeas (2001)

Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y social y al Comité de las Regiones: *El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las*

personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera – 05.12.2001 (COM, 2001 y 723 final).

Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas. Consejo de Europa (1998). Recomendación N° 98 (9) relativa a la dependencia, adoptada el 18 de septiembre de 1998.

Hay estudios en Europa sobre Alzheimer: 1. “Dementia in Europe Yearbook (2011)” de Alzheimer Europa. Habla sobre la normativa en los miembros de la Unión Europea. Describe: a) los internamientos involuntarios, b) las medidas de restricción aplicables y c) el maltrato. 2. “Demencia. Una prioridad de Salud Pública de la OMS (OMS, 2013), donde habla de la enfermedad y las personas, entre ella, las personas mayores y sus cuidadores, la atención social. Intenta sensibilizar a la población, fortaleciendo la investigación y los sistemas socio-sanitarios.

2.3.3. Marco Normativo Nacional

La legislación sanitaria en el siglo XX en España: **el Código civil** en su artículo 200 habla de las causas de incapacidad, ya sean físicas o mentales que impiden a las personas ser autónomas (modificado el 6 de octubre del 2015).

El Real Decreto Legislativo 1/2013, del 29 de noviembre, se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social. Este deroga las anteriores leyes sobre discapacidad:

1. La ley 13/1982, del 7 de abril. De integración social de las personas con discapacidad.
2. La Ley 51/ 2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
3. La Ley 49/ 2007, de 26 de diciembre que establece las sanciones e infracciones en materia de oportunidades, no discriminación y accesibilidad de las personas con discapacidad.

En el 2012, el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad aborda las estrategias para la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.

Real Decreto 175/2011 sobre intensidades de protección de los servicios y las cuantías de las prestaciones económicas reguladas en la Ley 39/2006 y también modifica el Real Decreto 615/2007, que regula la Seguridad Social sobre los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que habla sobre los derechos de los pacientes respecto al sistema sanitario en su artículo nº 1.

La Ley 39/2006, del 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. La estudiaremos más adelante.

La Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, sobre la Autonomía de Paciente.

La Ley 1/2000, de 7 de Enero, de Enjuiciamiento Civil. Sobre incapacidad habla en su Capítulo II del Título 1 del Libro IV. En el artículo 763 tenemos lo referente a los internamientos involuntarios en las personas con problemas mentales.

También en el Código Penal, de 23 de Noviembre de 1995, tenemos artículos que hablan sobre delitos o faltas contra la integridad moral de las personas en el artículo 173 y sobre amenazas y coacciones en el artículo 169.

En España veremos varias leyes que hablan sobre la autonomía de paciente, pero empezamos primero con **la Ley General de Sanidad**. Antes de ella, el Estado español desarrolló varias normativas: Proyecto de Código Sanitario de 1822. No llega aprobarse y quedó en mero debate científico. La Ley de Sanidad de 1855. Sancionada el 28 de noviembre por la Reina Isabel II, siendo la primera norma general de carácter sanitario promulgada en el país. Establece prestaciones sanitarias. Las administraciones públicas sanitarias se centran en las Diputaciones Provinciales.

Se regula la Sanidad Exterior. Instrucción General de Sanidad Pública de 1904. Se trata de un Real Decreto de 12 de enero del 1904, que no puede cambiar la ley vigente, sólo desarrollarla y actualizarla. Se organiza y reglamenta muy detalladamente la sanidad e higiene provincial y municipal. Se organizan las profesiones sanitarias corporativamente en Colegios Profesionales de Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios. Se establece el Instituto de Higiene Alfonso XII a nivel estatal. Reglamentos de Sanidad Municipal y Provincial de 1925.

Son las competencias de los ayuntamientos y diputaciones referentes a la Sanidad Comunitaria: agua potable, eliminación de excretas y aguas residuales, higiene de las viviendas, prevención de enfermedades infecciosas (tuberculosis y sífilis). También los Servicios Asistenciales Benéficos, las Casas de Socorro, los Dispensarios de enfermedades infecciosas, Instituto de Maternología y Puericultura, etc. Ley de Coordinación de Servicios Sanitarios de 1934. Promulgada durante la II República Española. Derogada al terminar la Guerra Civil, por lo que sus preceptos nunca se manifestaron en acciones concretas.

Recordemos que seguía vigente la Ley de Sanidad de 1855. Esta Ley de la República era progresista y estimulaba la creación de fórmulas colectivas de cobertura sanitaria, desarrollando por primera vez esquemas de previsión social. Creó el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión Social. Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944. Seguimos con la Ley de Sanidad de 1855. No cambia ni las ideas básicas ni el esquema organizativo, con una Dirección General de Sanidad como organismo central y supremo.

Trata de coordinar las dos estructuras sanitarias nacidas como consecuencia de la legislación anterior: las organizadas por Diputaciones y Municipios en torno a la beneficencia y los dispensarios y hospitales del Estado para atención de patologías de impacto social (tuberculosis, venéreas, reumatismos, etc.).

En 1942 se había iniciado una fragmentación en subsistemas de salud con la Ley de 14 de diciembre por la que se constituye el Seguro Obligatorio de enfermedad, en la órbita del Instituto Nacional de Previsión, como uno más de los “seguros Sociales”. Este Seguro Obligatorio de Enfermedad nació como cobertura de ciertos riesgos sanitarios de los trabajadores en un esquema de Seguridad Social que imita el modelo continental o alemán: en función de una cuota vinculada al trabajo y de un esquema técnico de seguro, por lo que el trabajador tenía cubiertos ciertos riesgos de salud.

Las prestaciones se amplían en la década de los sesenta y setenta. La evolución experimentada por el Sistema Sanitario de Seguridad Social llegó a crear una estructura sanitaria que se erigió en la red sanitaria más importante del país. Ley General de la Seguridad Social de 1962. Ley de Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Sanidad y el Empleo de 1978.

2.3.3.1. La Ley 14/1986, de 25 de abril. Ley General de Sanidad

Actualmente en vigor, desarrolla el artículo 43 de la Constitución Española de 1978. **La Ley General de Sanidad:** artículo 43 de la **Constitución Española de 1978:** garantiza el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de “*organizar y tutela la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios*”.

En los artículos 148, 149 y 158 de la Constitución precisan materias competenciales de las Comunidades Autónomas y del Estado Central, así como la creación de un Fondo de Compensación Interterritorial, que permita corregir los desequilibrios y haga efectivos los principios de equidad y solidaridad. Es importante el artículo 41, que establece el “*mantenimiento de un régimen público de Seguridad Social para todo el ciudadano que garantice la asistencia y prestaciones sanitarias suficientes ante situaciones de necesidad*”; y el artículo 45, que “*establece el derecho al disfrute de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona*”.

Esta Ley desarrolla unos principios generales: Veamos: Orientada hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, garantiza la asistencia sanitaria, la rehabilitación funcional y la reinserción social, derechos y deberes del usuario, gasto sanitario orientado a corregir las desigualdades, libre elección de médico dentro del área sanitaria, etc. Existen competencias internacionales, nacionales, de alta inspección. La Constitución Española, en su artículo 50 dice: “*Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Así mismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, cultura y ocio*”.

Por otra parte, El Código penal protege a las personas mayores en los siguientes artículos: artículo 617.1: “*El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión no definida como delito en este Código, será castigado con la pena de arresto de tres a seis fines de semana o multa de uno a dos meses*”. Artículo 229.1: “*El abandono de Un incapaz por parte de la persona encargada de su guarda, será castigado con la pena de prisión de uno a diez años*”. Artículo 226.1: “*el que dejaré de cumplir los deberes legales de asistencia inherentes a la patria potestad, tutela [*], que se hallen necesitados, serán castigados con la pena de arresto de ocho a veinte fines de semana*”. (Martín Guijorro C et al., 2002). 10. Real Decreto sobre estructuras básicas de salud de 1984. (Legislación y administración en A.P. y especializada, 1994). 11. LEY 51/2003, de igualdad de Oportunidades: garantizaba la no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Esta es antecedente de la ley de la dependencia. 12.

Con la promulgación de la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, promoción y atención a las personas en situación de dependencia (**LAAD**), en 2007 se reguló en nuestro país las condiciones básicas que la igualdad. De derechos subjetivos de ciudadanía palabra moción de la autonomía personal: las personas para desenvolverse inactividad de la vida diaria en la línea (ABVD). Ley de dependencia: ley de promoción de la autonomía personal de atención las personas en situación de dependencia según está leí la preocupación es por las personas

dependientes pero todos sabemos que también enferma la familia por eso nos queremos preocuparnos del enfermo sino también de las personas normalmente una mujer que cuida al paciente. Estas mujeres cuidan y son las que llevan el mayor trabajo.

En esta ley de dependencia el rol del cuidado es muy importante y para que siga adelante debemos cuidar tanto al paciente y al cuidador. (Ganga 2010). El texto está en los artículos 49 y 50 nos define que es Dependencia: es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En el artículo 4 nos habla de los Derechos y Obligaciones. En el artículo 6 y sgtes no dice cómo garantiza el Estado la atención a estas personas y su financiación.

2.3.3.2. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia

Algunos de los Principios de la Ley de Dependencia: 1. La atención integral e integrada. 2. La permanencia de la persona en el entorno en el que se desarrolla su vida, tanto si es rural como urbana. 3. La calidad de los servicios, tanto en la comunidad como a nivel hospitalario. Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología (2003). *Plan Nacional de investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2004-2007*. Volumen II: Áreas Prioritarias. Madrid: Ministerio de Ciencia y Tecnología. La Ley de dependencia entró en vigor el 1 de enero de 2007.

Su objetivo es regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia. El SAAD es el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. La ley regula el acceso, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en la misma. Para acceder a los recursos sociales establecidos es necesario que aquellas personas que tengan algún grado de dependencia, lo soliciten a través de dicha ley. Estas solicitudes se tramitan en los registros oficiales.

Los requisitos básicos para ser beneficiario de la ley de dependencia son: 1. Encontrarse en situación de dependencia en algunos de los grados establecidos por la ley. 2. Tener nacionalidad española. Si no la tiene, podrá solicitarlo por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España. 3. Residir en territorio español al menos durante 5 años, de los cuales 2 serán inmediatamente anterior a la fecha de presentación de la solicitud. 4. Estar empadronado en la comunidad autónoma que se solicita.

Documentos a aportar para tramitar la Ley de Dependencia: 1. Informe de salud emitido por un médico colegiado de ámbito público o privado en el modelo normalizado. 2. Fotocopia del DNI/NIE/pasaporte en vigor del solicitante. 3. Certificado de empadronamiento que justifique el domicilio actual, así como 5 años de permanencia en España, de los cuales los 2 últimos sean inmediatamente anterior a la fecha de solicitud. 4. Los residentes que carezcan de la nacionalidad española deberán presentar certificado de residencia legal en España por los mismo periodos. 5. Si el solicitante es pensionista de gran invalidez o tiene reconocido algún grado de discapacidad, deberá presentar fotocopia de los documentos que lo acrediten.

Si se solicita mediante representante legal o guardador de hecho, deberá presentar: Fotocopia del DNI/NIE/ pasaporte de este. Si se trata de representante legal, sentencia judicial con nombramiento de representante legal. Si se ha iniciado trámite de incapacitación, justificante del inicio del proceso y declaración del guardador de hecho.

Fases del procedimiento administrativo de la Ley de Dependencia: 1. Presentación de la solicitud. 2. Valoración de la dependencia 3. Asignación de grado 4. Notificación del baremo y del catálogo 5. Elaboración del PIA

Revisión por: Agravamiento de la situación de dependencia. Mejoría de la situación de dependencia. Error en el diagnóstico o en la aplicación del baremo.

Asignación del recurso: Revisión por: Valoración en el entorno social. Variación en las condiciones de salud. Traslado a otra comunidad autónoma.

Baremo para la valoración de la situación de dependencia (BVD) aprobador por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero de 2011. Esta valoración de la situación de dependencia que pueda presentar una persona mayor se realiza a través del Baremo de Valoración de Dependencia (BVD). Este baremo tiene como objetivo determinar la capacidad que tiene la persona para desempeñar las tareas básicas de la vida diaria (ABVD) y también las tareas instrumentales (AIVD). Estas se realizan siempre en el entorno habitual de las personas dependientes, ya sea el domicilio o la residencia, o de manera excepcional, en las Unidades de Cuidados Continuados si han ingresado.

2.3.3.2.1. Grados de dependencia que reconoce la Ley

- **Grado I**, dependiente moderada: necesita ayuda para realizar alguna actividad básica de la vida diaria (ABVD), al menos una vez al día, o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- **Grado II**, dependencia severa: necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador, o tiene necesidades de apoyo externo para su autonomía.
- **Grado III**, gran dependiente: necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía persona.

2.3.3.2.2. Catálogo de la Ley de Dependencia

Ésta presenta como catálogo los servicios y prestaciones económicas a los que puede acceder cualquier persona mayor dependiente. Los tipos de servicios son los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal. La finalidad es prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas mediante el desarrollo coordinado entre servicios sociales y de salud.

Se concretan en actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación. Los servicios se podrán prestar en los diferentes dispositivos que configuran la actual red de servicios sociales de cada comunidad autónoma.

Estos servicios son: 1. Servicio de habilitación y terapia ocupacional. 2. Servicio de atención temprana. 3. Servicio de estimulación cognitiva. 4. Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional. 5. Servicio de habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual. 6. Servicio de apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales (viviendas tuteladas). 7. Servicios de teleasistencia, 8. Servicios de Ayuda a Domicilio (AD). 9. Servicio de atención diurna y nocturna. 10. Servicio de atención residencial.

2.3.3.2.3. Tipo de prestaciones económicas vinculadas al servicio

Tiene carácter periódico y se reconoce cuando no es posible el acceso a un servicio público o concertado de atención al cuidado, en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario. Tiene carácter personal y tiene que estar vinculada a la adquisición de un servicio. Las Administraciones Públicas supervisan el destino y utilización, asegurándose el cumplimiento y finalidad para los que fueron concedidas. Prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

Se concederá excepcionalmente cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda, y así lo establezca su Programa Individual de Atención (PIA). La cuantía económica se establece en función del grado de dependencia reconocido y su capacidad económica. Prestación de asistencia personal.

Tiene como finalidad la promoción de la autonomía de personas con gran dependencia, con el fin de facilitar el acceso a la educación y al trabajo en relación a su edad. Consejos generales: a) No existe límite de edad para la solicitud de dependencia. b) Aunque se puede tramitar la Ley de Dependencia en los registros oficiales, siempre es recomendable acudir a los servicios sociales. c) El informe médico preceptivo para realizar la solicitud de dependencia debe realizarse siempre en un modelo normalizado. d) Los informe médicos de alta hospitalaria o especialidades podrán adjuntarse al modelo normalizado. e) El impreso para la solicitud de la Ley de Dependencia podrá obtenerse a través de las páginas web de dependencia o servicios sociales comunitarios. f) Para consultar en qué fase se encuentra el expediente de solicitud de dependencia podrá hacerlo a través de los servicios sociales o en las oficinas habilitadas para la Atención al Ciudadano de cada comunidad autónoma o a través de los teléfonos destinados a tal fin. g) El PIA es el Programa Individual de Atención, que supone la resolución final del

procedimiento por el que se determina el servicio o prestación económica más adecuado para recibir los cuidados que precisa la persona dependiente en función del grado de dependencia reconocido. (Web del Gobierno de Navarra)

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Atención a las Personas en situación de Dependencia (BOE nº 299: 44142-44156), artículo 21, bases para la prevención de las situaciones de dependencia: “*Tiene por finalidad prevenir la aparición o agravamientos de enfermedades o discapacidades y sus secuelas,...*” Debemos estar atentos a su carácter preventivo, ya que actualmente nos dedicamos más a lo asistencial en lo referente a la dependencia.

En la II Asamblea Mundial del Envejecimiento en Madrid en 2002 y las estrategias regionales europeas de Berlín 2003, nos indican un cambio urgente en las políticas sanitarias para paliar en lo posible el envejecimiento poblacional, pero con el objeto de que a este envejecimiento le acompañe un estado de salud óptimo. **Dependencia:** “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida diaria”. O “Un estado en el que se encuentra las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”. (Libro Blanco, 2005. P, 19-92) y las Recomendaciones del Consejo de Europa aprobada en septiembre de 1998.

Estas pueden entenderse como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal a consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit nos lleva a una limitación en la actividad. **Factores de dependencia:** La existencia de una limitación física, psíquica o intelectual, La incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria y La necesidad de asistencia o cuidados por parte de otra persona. La OMS denomina la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)* adoptada durante la LIV Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra, Suiza) en el 2001, donde propone un esquema conceptual para las consecuencias de las alteraciones de la salud. (Vázquez et al., 2006 y Querejeta).

Consecuencias de las alteraciones de la salud: 1. Déficit en el funcionamiento: es la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. Anteriormente se definía “deficiencia”. Cuando hablamos de “anormalidad” se utiliza para referirse a una desviación significativa de las normas estadísticas como la media, mediana, moda de la distribución estandarizada de una población. 2. Limitación en la actividad: son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades. Las limitaciones se clasifican según los grados y en cantidad o calidad, extensión o intensidad en que se esperaría la actividad en una persona sana. (antes era discapacidad) 3. Restricción de la participación: son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. (Sustituye a Minusvalía) 4. Barrera: son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condiciona el funcionamiento y crean discapacidad. Ejemplo: ambiente físico inaccesible, actitudes negativas, sistemas y políticas con servicios inexistentes. 5. Discapacidad: se utiliza para referirse a los déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Es un término “paraguas” en la CIF 6. Libro Blanco (2000) sobre la Dependencia.

El 15 de diciembre de 2006 se publica la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (Ley 39/2006), entrando su actuación en vigor el 1 de enero de 2007. El objeto de esta ley es establecer un nuevo derecho ciudadano, al garantizar la atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia de toda España. Se entiende por personas dependientes (principalmente personas mayores y con discapacidad) aquellas que necesitan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Disposiciones generales: Según el artículo 1 de esta ley, el objeto es regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el derecho subjetivo a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Se garantiza así un contenido mínimo de derechos para todos los ciudadanos del territorio español.

En el SAAD colaboran y participan: Administración General del Estado. Administraciones autonómicas. Administraciones locales. Principios de la ley (artículo 3): Carácter público de las prestaciones. Acceso universal. Atención integral e integrada. Transversalidad de las políticas. Valoración de necesidades con criterios de equidad. Personalización en la atención. Establecimiento de medidas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental. Promoción de condiciones para llegar al mayor grado de autonomía posible. Permanencia de la persona en su entorno habitual. Calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios. Participación de las personas con dependencia, familiares y entidades que las representen. Colaboración de los servicios sociales y sanitarios. Participación de la iniciativa privada. La participación del tercer sector. La cooperación interadministrativa. Integración de las prestaciones de la ley en las redes de servicios sociales de las CC.AA. La inclusión de la perspectiva de género. La atención preferente a las personas en situación de gran dependencia. Según el artículo 2, la ley define los siguientes términos: Autonomía: capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las ABVD. Dependencia: estado de carácter permanente que por razones derivadas de la edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra/s personas o ayudas importantes para realizar ABVD u otros apoyos para su autonomía personal. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): se consideran las tareas más elementales de la persona, que le permitan desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia. Tales como: cuidado personal, actividades domésticas, movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. Cuidados no profesionales: atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada. Cuidados profesionales: los cuidados prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sea en su hogar o en un centro. Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

2.3.3.2.4. ¿Qué tenemos que decir hoy, diez años después, sobre la Ley de Dependencia?

Pronto va a cumplir diez años dicha Ley. Antes de ella, las ayudas eran disfrazadas de subvenciones de manera indirecta. Todas las gestionaba el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). Más tarde se transforma en el Instituto de Mayores y Seguridad Social (IMERSO) En 2004. Vamos a hacer un poco de historia: en los años 70, la asistencia a personas con necesidades especiales recaía en la familia, más concretamente en la mujer. Pero cuando la mujer se “emancipa” del hogar para trabajar en fábricas y demás, el hogar familiar ya no puede asumir la responsabilidad y ésta cae en las instituciones sociales. Es ahora cuando las Administraciones Públicas tienen que tomar cartas en el asunto.

El Ejecutivo español realiza varias tentativas. Aparece la LISMI (Ley 13/1982, de 7 abril, de Integración Social del Minusválido) y la LIONDAU (Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. No olvidemos que España era una país ultracatólico y las familias tenían el deber de cuidad a los suyos.

Pero muchas veces estos cuidados no eran de calidad, aunque pusiesen todo su empeño los familiares. Se necesitaba unas personas especializadas en estos cuidados, los que tenían que ser diseñados individualmente para cada persona y dotar de mayor dignidad a estas personas. La Ley de Dependencia tuvo un preámbulo, la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud), auspiciada por la OMS (Organización Mundial de la Salud), en diciembre de 2001. Esto sería el modelo estructural de la nueva Ley de Dependencia. Como hemos visto, definimos lo que es autonomía, dependencia, discapacidad, etc. Lo anterior a esta ley queda desfasado. Con la Ley 39/2006 del 27 de noviembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD), conocidas por todos como la Ley de Dependencia el panorama español cambia radicalmente.

Se reconoce la labor de los cuidadores informales (las personas que se dedican a cuidad a algún familiar en situación de dependencia en casa). Su finalidad es garantizar las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección definidos en dicha normativa (artículo 6.2). Sus objetivos como hemos visto son la atención universal, integral y en la transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia, prevención, rehabilitación, estímulo social y mental. También desea mantener a las personas en situación de dependencia en su entorno.

La ley prevé varios servicios como la tele-asistencia, el de ayuda a domicilio, centros de día y de noche para mayores de 65 años y de atención especializada y, también, servicio de Atención Residencial. Pero como decía al principio, todo esto no se ha cumplido al 100% por falta de dotación económica. La crisis económica de finales de la primera década del siglo XXI y la siguiente no han dejado margen para el desarrollo de dicha ley. En el 2011, el partido en el gobierno, el Partido Popular practicó unas políticas de austeridad económica en todos los ámbitos de la economía estatal.

Todo esto no ha hecho más que agudizar el problema de las personas en situación de dependencia. Ello conllevó que muchos de los cuidados volviesen al seno familiar. Y, con ello, se generó un paro en las personas cuidadoras y residencias. El ahorro que se genera en las

comunidades autonómicas fue a costa de que las familias volviesen a hacerse cargo de los cuidados de las personas en situación de dependencia.

No era lo mismo pagar 500 euros mensuales a las familias que los 2.000 euros que costaba la residencia. Pero insisto, que esto generó bastante más paro y que muchas “mujeres” volvieron a ejercer de cuidadoras informales dentro del hogar. Pero no se quedó ahí: con el **RD 20/2012**, se reducen las ayudas que percibían las familias que acogían a familiares en situación de dependencia en un 15%. Pero el vía crucis no acaba ahí: el copago sanitario. ¿Quiénes son los que más medicamentos consumen por ser enfermos crónicos y discapacitados? Pues a éstos les afecta más el copago. No voy a detenerme en las problemáticas que esto acarreo a las personas en situación de discapacidad o dependencia y a sus familiares. Hubo varios movimientos como el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), para que se derogara el copago impuesto por la Ley de Dependencia y el RD 20/2012. Recogieron muchísimas firmas para llevarlas al Parlamento.

Pero en el **2013** se introducen nuevas modificaciones que reducen **la Dependencia a tres grados de los cinco que tenía antes**. Estos grados son: grandes dependientes, severos y moderados. Esto sólo era para rebajar las cuantías que se percibían. Amén de las revisiones continuas a las que someten a las personas en situación de dependencia. Como hemos ido viendo y veremos por los test de Barthel y Lawton, las personas dependientes necesitan apoyos en Actividades de la Vida Diaria (ABVD y AIVD).

Y, lo que yo he propuesto es que cuanto antes se hagan estos test, antes se tomaran cartas en el asunto para mejorar o, incluso, erradicar el problema. Y no que lo que se hace que es alargar estos problemas hasta que las personas dependientes están en un grado que es difícil retroceder. Se habla de Promoción de la Autonomía Personal pero se deja a que lleguen a situaciones de dependencia sin poner apoyos que en ningún momento serían costosos y sí mejorarían mucho la calidad de vida de estas personas. Pero seguimos con el problema y no tenemos solución hasta que las políticas no cambien y piensen más en las personas que en la dimensión económica únicamente. Yo apuesto porque se apoye a estas personas y se les ayude a mantenerse en su domicilio y con cuidados especiales. (De abajo Rioja JF, 2016)

Como podemos ver en la relación de Comunidades Autónomas a 31 de marzo del 2016, Navarra tiene una población de 640.475 habitantes y unas solicitudes de 17.277. De las personas beneficiarias: 9.279. El perfil de la persona beneficiaria es: 64% mujeres y 36% hombres. En Navarra:

	<3 años	3-18	19-30	31-45	46-54	55-64	65-79	80 y +	Total
Sexo	Nº %1	Nº %1	Nº %1	Nº %1	Nº %1	Nº %1	Nº %1	Nº %1	Nº %1
MUJER	749 0,1						91.110	336.882	528.139
HOMBRE	922 0,3						52.475	95.850	273.150
TOTAL%	0, 21						17, 80	53, 94	10 0,00
TOTAL	1.671						143.585	432.732	802.269

Fuente: INE, Marzo 2016

Como podemos ver el tramo de edad que nos interesa es: 65-79: un 17,25% de mujeres y un 19,14% de hombres. Un total de 143.585 (17,80%) 80 y +: un 63,79% de mujeres y un 34,97 % de hombres. Un total de 432.732 (53,94%). Vemos cómo cambia de sexo en el tramo de 80 y +. Tenemos más mujeres que hombres. No sólo más, sino casi el doble de mujeres que hombres.

PERFIL DEL SOLICITANTE: SEXO Y EDAD (31 de marzo de 2016) España

	< 3 años	65-79	+ 80	Total
	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %
Mujer		228.395 21,86	366.76660,95	1.044.756 100,0
Hombre		120.729 21,31	227.86440,23	566.438100,0
TOTAL		349.124 21,6	864.63053,86	1.611.196 100

GRADOS Y NIVELES (31 de marzo del 2016). Sólo aporoto Navarra y no el Grado I

Ámbito Territorial	Dictámenes Nº	Grado III Nivel 2 Nº %	Grado III Nivel 1 Nº %	Grado III Nº %	Grado II Nivel 2 Nº %	Grado II Nivel 1 Nº %	Grado II Nº %	Sin Grado Nº %
Navarra	16980	619 6,3	631 6,7	1.958 11,53	715 4,21	1.183 5,97	3218 18,95	3679 21,57

Fuente: INE

Ver grados y niveles en Navarra. El grado III: 1.958 y 11, 53%. Sin grado: 3.679 y un 21,67%.

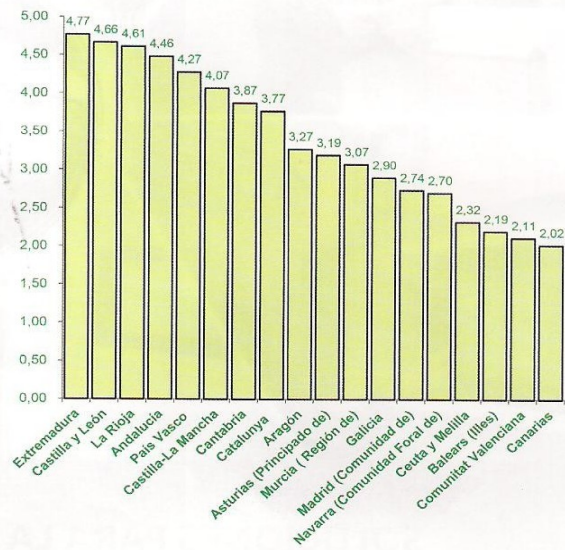
Grados y niveles (a 31 de marzo de 2016).

ÁMBITO TERRITORIAL	DICTÁMENES Nº	GRADO III Nivel 2 Nº %	GRADO III Nivel 1 Nº %	GRADO III Nº %	GRADO II Nivel 2 Nº %	GRADO II Nivel 1 Nº %	GRADO II Nº %	GRADO I Nivel 2 Nº %	GRADO I Nivel 1 Nº %	GRADO I Nº %	SIN GRADO Nº %
Andalucía	351.944	20.822 5,92	31.876 9,06	28.150 8,00	26.468 7,52	44.851 12,74	40.813 11,60	19.516 5,55	29.329 8,33	41.352 11,75	68.767 19,54
Aragón	39.102	1.748 4,47	3.299 8,44	5.227 13,37	2.393 6,12	4.288 10,97	5.234 13,39	2.235 5,72	3.353 8,58	4.382 11,21	6.943 17,76
Asturias	30.604	1.477 4,83	2.063 6,74	3.376 11,03	1.525 4,98	2.537 8,29	3.968 12,97	1.562 5,10	1.924 6,29	4.001 13,07	8.171 26,70
Illes Balears	22.298	801 3,59	1.889 8,47	2.221 9,96	1.492 6,69	2.320 10,40	3.514 15,76	1.066 4,78	1.260 5,65	2.987 13,40	4.748 21,29
Canarias	35.835	2.968 8,28	4.297 11,99	4.373 12,20	2.617 7,30	3.409 9,51	4.314 12,04	1.658 4,63	1.696 4,73	4.956 13,83	5.547 15,48
Cantabria	21.983	1.172 5,33	2.201 10,01	2.851 12,97	1.669 7,59	2.509 11,41	3.253 14,80	1.253 5,70	1.320 6,00	2.384 10,84	3.371 15,33
Castilla y León	106.502	5.374 5,05	8.745 8,21	13.036 12,24	5.709 5,36	8.595 8,07	14.600 13,71	5.499 5,16	6.405 6,01	13.171 12,37	25.368 23,82
Castilla-La Mancha	80.629	3.193 3,96	5.926 7,35	9.387 11,64	4.175 5,18	6.905 8,56	10.872 13,48	4.667 5,79	7.908 9,81	11.270 13,98	16.326 20,25
Catalunya	265.535	10.745 4,05	23.407 8,82	19.885 7,49	17.799 6,70	30.872 11,63	37.939 14,29	11.610 4,37	18.625 7,01	44.888 16,90	49.765 18,74
Comunitat Valenciana	86.594	5.224 6,03	8.036 9,28	6.681 7,72	6.843 7,90	11.363 13,12	7.314 8,45	6.207 7,17	8.435 9,74	8.269 9,55	18.222 21,04
Extremadura	46.969	2.588 5,51	3.840 8,18	5.374 11,44	2.261 4,81	3.430 7,30	6.103 12,99	1.537 3,27	2.750 5,85	7.690 16,37	11.396 24,26
Galicia	77.740	5.406 6,95	8.055 10,36	11.496 14,79	5.809 7,47	8.029 10,33	9.690 12,46	4.240 5,45	5.694 7,32	7.739 9,95	11.582 14,90
Madrid	174.260	9.803 5,63	14.614 8,39	21.023 12,06	10.718 6,15	13.891 7,97	18.185 10,44	9.772 5,61	12.551 7,20	18.026 10,34	45.677 26,21
Murcia (Región de)	44.549	4.844 10,87	5.107 11,46	4.508 10,12	4.275 9,60	6.395 14,35	5.110 11,47	3.026 6,79	4.022 9,03	3.144 7,06	4.118 9,24
Navarra	16.980	619 3,65	631 3,72	1.958 11,53	715 4,21	1.183 6,97	3.218 18,95	734 4,32	1.209 7,12	3.034 17,87	3.679 21,67
País Vasco	91.248	2.558 2,80	5.302 5,81	11.748 12,87	3.899 4,27	6.645 7,28	13.956 15,29	4.049 4,44	5.569 6,10	18.104 19,84	19.418 21,28
La Rioja	14.545	778 5,35	954 6,56	1.230 8,46	643 4,42	1.268 8,72	1.772 12,18	417 2,87	909 6,25	2.156 14,82	4.418 30,37
Ceuta y Melilla	3.830	159 4,15	219 5,72	505 13,19	150 3,92	172 4,49	725 18,93	99 2,58	97 2,53	500 13,05	1.204 31,44
TOTAL	1.511.147	80.279 5,31	130.461 8,63	153.029 10,13	99.160 6,56	158.662 10,50	190.580 12,61	79.147 5,24	113.056 7,48	198.053 13,11	308.720 20,43

Fuente: INE

Solicitudes en relación a la población de las Comunidades Autónomas (a 31 de marzo de 2016).

ÁMBITO TERRITORIAL	Población CCAA (1)		Solicitudes Registradas	
	Nº	%	Nº	% población CCAA
Andalucía	8.399.043	18,01	376.308	4,48
Aragón	1.317.847	2,83	43.092	3,27
Asturias (Principado de)	1.051.229	2,25	33.578	3,19
Baleares (Illes)	1.104.479	2,37	24.241	2,19
Canarias	2.100.306	4,50	42.383	2,02
Cantabria	585.179	1,26	22.665	3,87
Castilla y León	2.472.052	5,30	115.266	4,66
Castilla-La Mancha	2.059.191	4,42	83.727	4,07
Catalunya	7.508.106	16,10	282.875	3,77
Comunitat Valenciana	4.980.689	10,68	105.197	2,11
Extremadura	1.092.997	2,34	52.104	4,77
Galicia	2.732.347	5,86	79.168	2,90
Madrid (Comunidad de)	6.436.996	13,81	176.085	2,74
Murcia (Región de)	1.467.288	3,15	45.097	3,07
Navarra (Comunidad Foral de)	640.476	1,37	17.277	2,70
País Vasco	2.189.257	4,70	93.577	4,27
La Rioja	317.053	0,68	14.616	4,61
Ceuta y Melilla	169.847	0,36	3.940	2,32
TOTAL	46.624.382	100,00	1.611.196	3,46



(1) Cifras INE de población referidas al 01/01/2015. Real Decreto 1079/2015, de 27 de noviembre BOE 17.12.15.

Fuente: INE

Persona beneficiarias y prestaciones (a 31 de marzo de 2016).

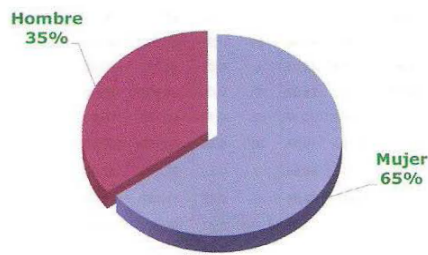
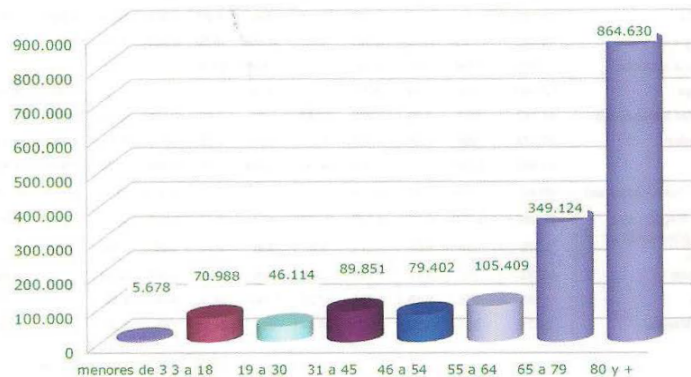
		PRESTACIONES																RATIO DE PRESTACIONES POR PERSONA BENEFICIARIA		
ÁMBITO TERRITORIAL	PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES	Prevención Dependencia y Promoción A.Personal		Teleasistencia		Ayuda a Domicilio		Centros de Día/Noche		Atención Residencial		P.E Vinculada Servicio		P.E Cuidados Familiares		P.E Asist. Personal			TOTAL	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		Nº	%
Andalucía	178.856	0	0,00	68.591	29,51	49.082	21,12	13.229	5,69	23.156	9,96	3.263	1,40	75.084	32,31	10	0,00	232.415	100,00	
Aragón	17.925	179	0,98	75	0,41	162	0,89	1.267	6,93	3.499	19,14	3.729	20,40	9.366	51,24	0	0,00	18.277	100,00	
Asturias (Principado de)	18.202	755	3,94	862	4,50	2.822	14,73	2.195	11,46	2.780	14,52	1.957	10,22	7.779	40,62	2	0,01	19.152	100,00	
Illes Balears	12.023	88	0,73	0	0,00	154	1,28	893	7,41	1.948	16,17	697	5,79	8.265	68,62	0	0,00	12.045	100,00	
Canarias	14.004	33	0,23	382	2,68	32	0,22	3.337	23,43	2.997	21,04	2.039	14,32	5.421	38,07	0	0,00	14.241	100,00	
Cantabria	14.162	0	0,00	1.188	7,51	960	6,07	1.608	10,16	4.096	25,89	0	0,00	7.968	50,37	0	0,00	15.820	100,00	
Castilla y León	75.551	11.956	12,40	5.991	6,21	18.888	19,59	8.061	8,36	7.304	7,57	22.270	23,10	21.709	22,51	247	0,26	96.426	100,00	
Castilla-La Mancha	37.655	3.785	7,87	5.383	11,20	8.508	17,70	2.472	5,14	10.488	21,81	2.863	5,95	14.571	30,31	8	0,02	48.078	100,00	
Catalunya	126.625	1.437	0,89	16.187	10,01	20.043	12,39	10.985	6,79	26.587	16,44	8.929	5,52	77.566	47,96	13	0,01	161.747	100,00	
Comunitat Valenciana	44.142	247	0,50	5.210	10,63	0	0,00	6.168	12,58	10.674	21,77	4.603	9,39	22.116	45,11	4	0,01	49.022	100,00	
Extremadura	22.372	559	2,28	1.228	5,01	551	2,25	1.516	6,18	4.132	16,84	9.477	38,63	7.070	28,82	0	0,00	24.533	100,00	
Galicia	42.548	2.383	5,10	1.954	4,18	12.886	27,55	6.206	13,27	7.901	16,89	4.530	9,69	10.821	23,14	85	0,18	46.768	100,00	
Madrid (Comunidad de)	101.673	3.298	2,49	28.238	21,29	26.878	20,27	14.313	10,79	22.749	17,15	10.889	8,21	26.194	19,75	50	0,04	132.609	100,00	
Murcia (Región de)	28.286	3.272	9,22	4.542	12,80	166	0,47	3.227	9,10	3.540	9,98	1.628	4,59	19.102	53,84	0	0,00	35.477	100,00	
Navarra (Comunidad Foral de)	9.279	168	1,51	1.071	9,61	636	5,71	289	2,59	1.914	17,17	1.077	9,66	5.990	53,74	2	0,02	11.147	100,00	
País Vasco	49.382	70	0,12	1.140	2,03	6.253	11,12	5.927	10,54	11.745	20,88	1.065	1,89	26.967	47,95	3.076	5,47	56.243	100,00	
La Rioja	7.163	845	8,40	1.735	17,25	1.942	19,30	834	8,29	1.430	14,21	666	6,62	2.608	25,92	0	0,00	10.060	100,00	
Ceuta y Melilla	2.421	351	11,16	454	14,44	665	21,14	70	2,23	199	6,33	4	0,13	1.402	44,58	0	0,00	3.145	100,00	
TOTAL	802.269	29.426	2,98	144.231	14,61	150.628	15,26	82.599	8,37	147.139	14,90	79.686	8,07	349.999	35,45	3.497	0,35	987.205	100,00	

Fuente: INE

Veamos a Navarra: Personas beneficiadas: 9.279

Perfil de la persona solicitante: sexo y edad (a 31 de marzo de 2016).

SEXO	TRAMO DE EDAD														TOTAL	
	menores de 3		3 a 18		19 a 30		31 a 45		46 a 54		55 a 64		65 a 79		80 y +	
	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹
Mujer	2.557	0,24	26.586	2,54	19.265	1,84	39.646	3,79	37.370	3,58	54.173	5,19	228.395	21,86	636.766	60,95
Hombre	3.121	0,55	44.402	7,84	26.849	4,74	50.205	8,86	42.032	7,42	51.236	9,05	120.729	21,31	227.864	40,23
TOTAL	5.678	0,35	70.988	4,41	46.114	2,86	89.851	5,58	79.402	4,93	105.409	6,54	349.124	21,67	864.630	100,00

Solicitantes por sexo**Solicitantes por tramo de edad**

Fuente: INE

2.3.3.2.5. Código deontológico de los Trabajadores Sociales

Confidencialidad de los datos obtenidos. Al ser una tesis de Trabajo Social, he creído conveniente incluir algunos artículos sobre los profesionales de Trabajo Social:

Artículo 11.- Los/las profesionales del trabajo social actúan desde los principios de derecho a la intimidad, confidencialidad y uso responsable de la información en su trabajo profesional”, tal y como se recogen en el Capítulo IV del presente Código. También el artículo 48 nos habla del secreto profesional:

Artículo 48.- La confidencialidad constituye una obligación en la actuación del/la trabajador/a social y un derecho de la persona usuaria, y abarca a todas las informaciones que el/la profesional reciba en su intervención social por cualquier medio.

Artículo 49.- Están sujetos/as al secreto profesional: Los/las profesionales del trabajo social cualquiera que sea su titulación, ámbito de actuación y modalidad de su ejercicio profesional.

Artículo 50.- El secreto profesional de los/las trabajadores/as sociales se extiende a toda información confidencial cualquiera que sea la manera en la que se haya recabado. Se entiende por información confidencial aquella que es de carácter personal y que la persona usuaria no quiere que se revele. En caso de duda sobre la naturaleza de la información, el/la profesional podrá solicitar la confirmación de tal extremo a la persona usuaria, preferentemente por escrito, o pedir asesoramiento a la Comisión Deontológica del órgano competente o de la estructura colegial.

Artículo 51.- El/la profesional del trabajo social informará a la persona usuaria durante las intervenciones sociales significativas de su derecho a la confidencialidad de la información obtenida y de los límites del secreto profesional.

Artículo 52.- El deber de secreto profesional no tiene límite temporal alguno, permaneciendo después de haber cesado la prestación de los servicios profesionales o habiéndose producido el fallecimiento de la persona usuaria.

Artículo 53.- El/la trabajador/a social cumplirá los siguientes **deberes** en relación con la información confidencial:

1. **De calidad:** El/la profesional recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de su intervención social de la forma más exacta posible, siendo respetuoso/a en su obtención y actualización y haciendo un uso responsable de la misma.
2. **De consentimiento:** Cuando la información se obtenga de la persona usuaria, se entenderá concedida su autorización por el mero hecho de su solicitud dentro de la intervención profesional. La persona usuaria deberá tener la garantía de la confidencialidad de la información que haya de facilitar para la intervención profesional. Deberá explicarse a la persona usuaria cómo trabaja la organización, indicándole que tiene en todo momento el derecho de aceptar, rechazar o retirar el consentimiento, si en algún momento lo estima oportuno, de acuerdo con la normativa vigente.
3. **De Cesión de información y advertencia de confidencialidad:** El/la profesional del trabajo social, siempre que remita o traslade información indicará por escrito, si fuera necesario, al receptor/a, que ésta es confidencial y que solo puede utilizarse para el fin solicitado, pudiendo existir responsabilidad en caso contrario. En toda circunstancia se atenderá al principio de prudencia en el manejo y cesión de la información. Evitará por ello comentarios y coloquios acerca de información sobre los/las usuarios/as en espacios públicos, abiertos o faltos de intimidad.
4. **De limitación:** El/la profesional del trabajo social debe limitar las informaciones que aporta a sus colegas y a otros/as profesionales tan sólo a los elementos que considere estrictamente indispensables para la consecución del objetivo común, respetando el secreto profesional.
5. **De cumplimiento de la legislación de protección de datos, administrativa o de la entidad en la que trabaje:** El/la profesional del trabajo social cumplirá la normativa en materia de protección de datos, administrativa o de la entidad en la que trabaje, especialmente en relación a los datos sensibles y custodia de expedientes, como garantía del principio de confidencialidad y secreto profesional.
6. **De Finalidad:** La información obtenida se dedicará al fin para el que se recabó salvo consentimiento expreso de la persona usuaria, autorización legal o petición judicial.
7. **De custodia y acceso responsable:** El/la trabajador social, sin perjuicio de las responsabilidades del resto de profesionales con los que trabaja o para quienes trabaja, deberá custodiar los documentos e informaciones de la persona usuaria, así como restringir el acceso permitiendo su uso sólo al personal autorizado con los que desempeña su función como forma de garantizar la confidencialidad.

Artículo 54.- Supuestos de exención de la confidencialidad y del secreto profesional. No se vulnera el secreto profesional en los siguientes supuestos:

- A) Cuando fuera relevado/a del secreto profesional, por escrito, por la persona usuaria, su representante legal o sus herederos.

- B)** Cuando reciba orden de informar sobre cuestiones confidenciales por mandato legal o por un órgano judicial.
- C)** Cuando sea denunciado por un usuario por la comisión de un delito o falta o la infracción del código deontológico siempre que no existan otras formas eficaces de defenderse. Si comparece como testigo podrá pedir el relevo conforme al punto b).
- D)** Cuando la persona usuaria o terceras personas puedan resultar afectadas de una forma injusta y grave.
- E)** Cuando se realice la intervención social en equipo respecto de la información necesaria para ello, independientemente de si son trabajadores/as sociales o no. Si no lo son se advertirá de la obligación de secreto profesional o de guardar silencio.

Artículo 55.- En caso de duda en la aplicación de los principios y supuestos antes indicados para la ruptura del secreto profesional se atenderá jerárquicamente a los siguientes principios: 1. Prioridad de protección de los derechos fundamentales de la persona usuaria o terceros especialmente protegidos por la Ley. 2. Principio de seguridad. 3. Principio de libertad de decisión.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal

Artículo 5.- Obligación de informar acerca de:

1. Existencia de un fichero de datos de carácter personal e incorporación de sus datos al citado fichero.
2. Medidas de seguridad adoptadas para impedir el acceso a datos de personas no pertenecientes al equipo investigador.
3. Indicación de la posibilidad de ponerse en contacto con el sujeto, para lo que podrá solicitársele información.
4. Derecho de revocación del consentimiento y de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
5. Garantía de confidencialidad de la información obtenida, indicando la identidad de las personas que tendrán acceso a los datos de carácter personal del sujeto fuente.
6. Consentimiento del sujeto. (LOPES DOS SANTOS, María Cristina, 2015)

2.3.4. Marco normativo en la Comunidad Foral de Navarra

La legislación de la Comunidad Foral en temas de salud. En Navarra se publican varios planes de salud: Plan de salud del 2004 al 2012 y Plan de salud del 2014 al 2020. La Ley Foral de Salud: Sanidad: el apartado 1 del artículo 53 de la LORAFNA establece que en materia de sanidad interior e higiene, corresponden a Navarra las facultades y competencias que actualmente ostenta, y, además, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado. Navarra ha ostentado la titularidad de determinadas competencias en materia de sanidad e higiene que traen causa en el régimen foral con su correspondiente plasmación en el Real Decreto Ley de 4 de Noviembre de 1925 y en el Decreto de 8 de enero de 1935. Esto lo refleja en el artículo 53 de LORAFNA.

Esto tiene fundamental importancia a la hora de precisar el marco competencial de la Comunidad Foral en la formación y organización de sus servicios sanitarios públicos y del régimen de los funcionarios sanitarios y para sanitarios que los sirven. La LORAFNA añade algo más: las competencias que actualmente ostenta. Unas competencias históricas en sanidad interior e higiene, reconocimiento apoyado y reforzado en forma genérica por los artículos 3.3 y 39.1 LORAFNA requiere precisas las facultades que actualmente corresponden a Navarra en la

materia en virtud del régimen foral, y que concretamos en las formas siguientes: Sanidad Municipal, Sanidad Provincial y Organización farmacéutica.

Servicios Sanitarios de la Seguridad Social: en Navarra hay varios decretos y leyes forales sobre: **Decreto Foral 74/1987**, de 6 de marzo, sobre Eliminación de Barreras Arquitectónicas en obras y construcciones propias o subvencionadas por la Administración de la Comunidad foral. **Ley Foral 4/88** sobre barreras físicas y sensoriales. **Decreto foral 250/1988**, de 6 de octubre, creación de la Comisión Interdepartamental de Barreras físicas y Sensoriales. **Ley foral 11/2002** del 6 de mayo sobre los derechos de los pacientes a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica, modificada por la **Ley Foral 29/2003** del 4 de abril para adaptarla a la Ley 41/2002. **Ley foral 5/2010**, de 6 de abril, de accesibilidad universal y diseño para todas las personas de Navarra. **Ley foral 11/2012**, de 21 de junio, de la Transparencia y del Gobierno Abierto, sobre el nuevo plan de salud 2014-2020. Esta Ley evalúa el plan anterior (2006-2012), el diagnóstico de situación y el propio plan de salud 2014-2020. El 85% de las valoraciones ha sido muy favorable. **Decreto Foral 140/2003**, de 16 de junio, por el que se regula el registro de voluntades anticipadas: “La Ley 41/2000, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, dedica su *artículo 11* a lo que se denomina Instrucciones Previas, entendido como aquel documento mediante el que una persona manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, o una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. En este sentido, cada servicio de salud ha de regular el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito”.

En Navarra, por su parte, **la Ley Foral 11/2002**, de 6 de mayo, “regula los derecho del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica, y en su *artículo 9* establece “*el derecho de los pacientes a dejar reflejada su voluntad en un documento de modo anticipado,...*” 500 navarros expresan cada año por escrito los cuidados terapéuticos que desean para el final de la vida. **Ley Foral 15/2006**, de 14 de Diciembre, de Servicios Sociales: En ejercicio de las competencias atribuidas por los apartados 17 y 18 del artículo 44 de la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, el Parlamento de Navarra aprobó, en el año 1983, **la Ley Foral 14/1983**, de 30 de marzo, de Servicios Sociales, una de las normas pioneras en el desarrollo de los mandatos y principios recogidos en la Constitución Española en este ámbito, en los artículos 9, 14, 39, 40, 49 y 50. (Texto publicado en BON N° 152 de 20 de diciembre de 2006).

Resolución de **25 de julio de 2013**, de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales e igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y la atención a la Dependencia, de aplicación de la **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia (SISSAAD), a fecha de 31 de diciembre de 2013, existen un total de 753.842 personas beneficiarias con prestaciones ya reconocida, con cierto grado de estabilidad en los últimos meses.

La edad de las personas beneficiarias son las denominadas “personas mayores”, es decir, mayores de 65 años. Estas personas se encuentran en situación de dependencia, por causas asociadas a la edad, y derivadas de las enfermedades degenerativas, crónicas o de larga duración. Las personas

mayores de más de 65 años suponen un total de 552.769 personas (un 73,25 % de total de beneficiarios). Las personas con edades superiores a 80 años, "*población sobre envejecida*", supone un total de 406.195 personas (53,88 % del total), mientras que el grupo de edad entre 65 y 79 años son 146.047 personas (19,37%).

Si miramos la perspectiva del género, se puede afirmar que la dependencia es femenina. Sobre un total de 753.842 personas beneficiarias: Hombres: 254.890 (34 %) y Mujeres: 498.952 (66 %). Esto es por varios factores, destacando la mayor esperanza de vida entre las mujeres. En el 2013, tenemos la Estrategia Navarra de Atención Integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Yo soy testigo del esfuerzo socio-sanitarios para abordar a todos los pacientes crónicos y entre ellos, se encuentran la mayoría de nuestros mayores. El Plan Estratégico de Servicios sociales de Navarra 2008/2012 donde se establecen las bases para atender a colectivos como dependientes, discapacitados y personas mayores.

El Real Decreto Foral 5 9/2008, de 17 junio, se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Navarra.

La Ley Foral 15/2006, de 14 de Siembre, de Servicios Sociales donde se desarrolla la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

Ley Foral 11/2002, de 6 de Mayor, sobre Derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y documentación clínica. Es una de las comunidades que antes han implantado este documento de voluntades anticipadas.

Decreto Foral 74/1987, de 6 de marzo, sobre Eliminación de Barreras Arquitectónicas en obras y construcciones propias o subvencionadas por la Administración de la Comunidad foral.

Ley Foral 4/88 sobre barreras físicas y sensoriales.

Decreto foral 250/1988, de 6 de octubre, creación de la Comisión Interdepartamental de Barreras físicas y Sensoriales.

Ley foral 5/2010, de 6 de abril, de accesibilidad universal y diseño para todas las personas de Navarra.

Leyes para proteger a los trabajadores: Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. RD 39/1997 de los Servicios de Prevención. RD 843/2011 por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención. Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. RD 1299/2006 por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales - Relación de EE.PP. de la OIT (Revisión 2010).

He creído conveniente poner algunas Leyes, Decretos y Órdenes Forales dedicadas a la Tercera Edad, a la dependencia y gastos en ella.

2.3.4.1. Leyes

1. Ley Foral 39/2006, de 14 de diciembre, (BOE nº 299 de 15/12/2006).

CAPÍTULO III: Las Carteras de Servicios Sociales: La atención social se constituye como verdadero derecho subjetivo. Se desarrolla un nuevo modelo del estado social que consagra la Constitución Española.

2. Ley Foral 1/2011, de 15 de febrero (BON nº 40 de 28/02/2011).

Por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y se regula la organización, las funciones y el régimen del personal que configura los equipos y el órgano de valoración de la situación de dependencia en Navarra. En su artículo 14 nos hace la valoración de la situación de la dependencia. Se les avisa a los solicitantes el día y la hora en que acudirán al domicilio para aplicar el baremo de valoración. Este equipo podrá solicitar a las distintas entidades, informes o aclaraciones complementarias. El plazo máximo entre la fecha de entrada y la fecha de resolución será de tres meses.

2.3.4.2. Decretos forales

3. Decreto Foral 69/2008, 17 de junio (BON nº 84 de 09/07/2008).

Disposición Transitoria Cuarta. Prestaciones Garantizadas para dependientes severos de nivel 1. Se garantizarán a partir del 1 de enero de 2009, centros de día psicogeriatrico, centros de día en centros de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental, estancias diurnas para mayores, transporte adaptado y asistidos y El Servicio de Atención Domiciliaria (SAD).

2.3.4.3. Órdenes forales

4. Orden Foral 16/2009, de 23 de enero, (BON nº 27 de 04/03/2009).

ORDEN FORAL 16/2009, de 23 de enero, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se establece el importe de las ayudas vinculadas a servicio, para el año 2009.

Fijar las cantidades de mínimos y máximos de las ayudas vinculadas a estos servicios:

1. Servicios Residenciales		
Gran dependencia nivel 2	1.743, 96	333, 59
Gran dependencia nivel 1	1.743, 96	250, 19
Dependencia severa nivel 2	1.743, 96	184, 87
Dependencia severa nivel 1	835, 19	160, 48
Dependencia moderada nivel 2, exclusivamente para personas que a fecha 28 de octubre de 2010 eran beneficiarias de una prestación económica por este servicio	806, 58	12 0,00
Personas que no puedan continuar en su domicilio por conflicto familiar o ausencia de soporte familiar adecuado, en situación de dependencia moderada o no dependencia	806, 58	0

5. Orden Foral 210/2009, de 1 de junio, (BON nº 89 de 20/07/2009).

Recoge la prestación de atención residencial a personas mayores, atención residencial para personas con enfermedad mental, centros de psicogeriatricos, pisos tutelados. Si no existiesen servicios suficientes dentro del sistema de lo público de servicios sociales, será sustituido por una prestación económica para la adquisición de este servicio.

6. Orden Foral 82/2011, de 8 de marzo, (BON nº 68 de 7/04/2011).

Fijar en las siguientes cantidades los importes mínimos y máximos de las prestaciones vinculadas a servicio para el año 2011:

2. Servicios Atención Diurna		
Gran dependencia nivel 2	897, 54	333, 59
Gran dependencia nivel 1	897, 54	250, 19
Dependencia severa nivel 2	897, 54	184, 87
Dependencia severa nivel 1	897, 54	160, 48
Dependencia moderada 2	30 0,00	12 0,00 “.

7. Orden Foral 103/2011 de 21 de octubre (BON nº 217 de 2/11/2011).

Orden Foral 103/2011, de 21 octubre, de la Consejera de Política Social, Igualdad, Deporte y Juventud, por la que se establece el régimen de compatibilidad entre diversas prestaciones y servicios en el área de atención a la dependencia. Publicada en BON Nº 217 de 2 de octubre de 2011.

Preámbulo La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia regula las prestaciones y el catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Por Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General, que recoge el conjunto de prestaciones del sistema público de servicios sociales, entre dichas prestaciones las relativas a la atención a la dependencia.

En su artículo 2. Régimen de compatibilidad entre las ayudas para permanecer en sus domicilios a las personas dependientes y las ayudas del SAD y del teléfono de emergencias.

8. Orden Foral 62/2013, de 18 de enero (BON nº 21, de 31/01/2013)

En su artículo 6. Se regulan las ayudas económicas para la permanencia en su domicilio y apoyo a las personas cuidadoras y el tiempo mínimo del cuidador (1 año). En su artículo 14 nos habla de los importes máximos y mínimos de las ayudas económicas.

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	MÁXIMO (euros/mes)	MÍNIMO (euros/mes)
Situación de gran dependencia nivel 2	542, 85	311, 48
Situación de gran dependencia nivel 1	542, 85	249, 44
Situación de dependencia severa nivel 2	407, 21	201, 75
Situación de dependencia severa nivel 1	407, 21	18 0,00
Situación de dependencia moderada nivel 2	18 0,00	6 0,00

Podemos observar cómo cambian las cuantías económicas por la crisis. En vez de aumentar, disminuyen. También vemos, que es mejor pagar 500 € a la familia, que casi 2000 € en una residencia. Por lo que, egoístamente, es preferible tenerlo en casa. Aunque esto, al final, juega en nuestro favor. Pues queremos mantener el mayor tiempo posible a las personas mayores en sus domicilios y con los suyos. Este es el objetivo de este proyecto de investigación: Un envejecimiento exitoso en su domicilio. Esperemos, que mi investigación sea tenida en cuenta y se lleven a cabo todos los recursos para hacerlo posible.

Capítulo 3. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD SOCIAL DONDE SE UBICA LA INVESTIGACIÓN: LA COMUNIDAD FORAL NAVARRA

3. LA COMUNIDAD FORAL NAVARRA.

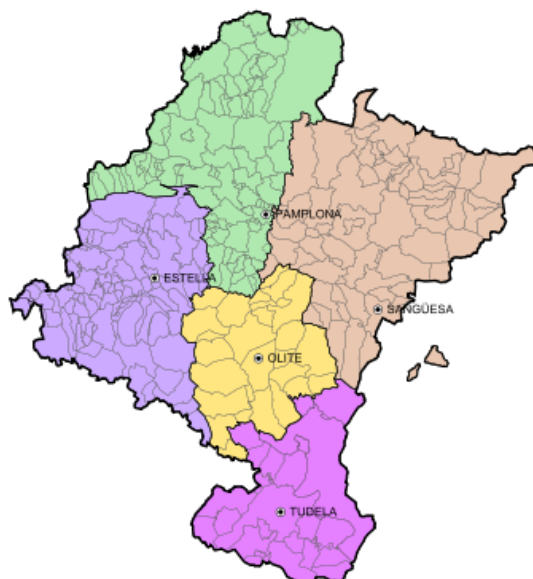


He contado un poco de historia de la segunda mitad del siglo XX. No quería rellenar hojas, pero sí que se supiera que Navarra atrajo a muchos trabajadores de otras comunidades en esos años. No podíamos dejar de hablar de la natalidad en Navarra, de la mortalidad, con las tasas más bajas de Europa y en ambos sexos, con gran esperanza de vida al nacer, tanto para hombres como para mujeres. Y hablando de dependencia, no podemos dejar de ver que Navarra supera a Europa en la esperanza libre de discapacidad y dependencia.

Describiremos la población por número de habitantes, por sexo, por edad y por nacionalidad. Pondré algunos mapas que nos ayudaran a verlo más claro. Tenemos uno de los mejores indicadores de calidad de vida. Tres universidades que imparten titulaciones a estudiantes de todo el mundo. Un Complejo hospitalario que se ha convertido en referente sanitario internacional y una armonía y respeto con el medio ambiente.

Estamos hablando de la Tercera Edad Avanzada y, por ello, tenemos que hablar de Bienestar Social, que es el que regula y controla todo lo referente a ayudas y demás. Navarra se preocupa de tener un entorno agradable y beneficioso para todas las edades. Y aquí, entran nuestros mayores. Cuenta con muchas zonas verdes, parques, gimnasios al aire libre, paseos por el río Arga y otros como los paseos del Epoc, validados en España, donde ponen la dificultad, el tiempo de recorrido, aseos cercanos, etc.

Y llegamos a describir la realidad de los pueblos, contando con los centros de salud de donde se extraen los datos para el análisis empírico. De los 59 Centros de Salud de Navarra, hemos elegido seis. Hemos hecho como una cruz, cruzando de norte a sur, de este a oeste y pasado por el centro. Los Centros elegidos son: Casco Viejo, Leiza, Sangüesa, Tudela Oeste, Estella y Buztintxuri.



3.1. LOCALIZACIÓN DE NAVARRA

Navarra limita al norte con Francia, a lo largo de 163 km. Al sur, linda con la Rioja y Zaragoza; al este con Huesca y Zaragoza, y al oeste, con Gipuzkoa y Araba/Álava. Ocupa un territorio de 10.421Km² y está formada por cuatro zonas: Los Pirineos, la Cuenca de Pamplona, la Zona Media y la Ribera.

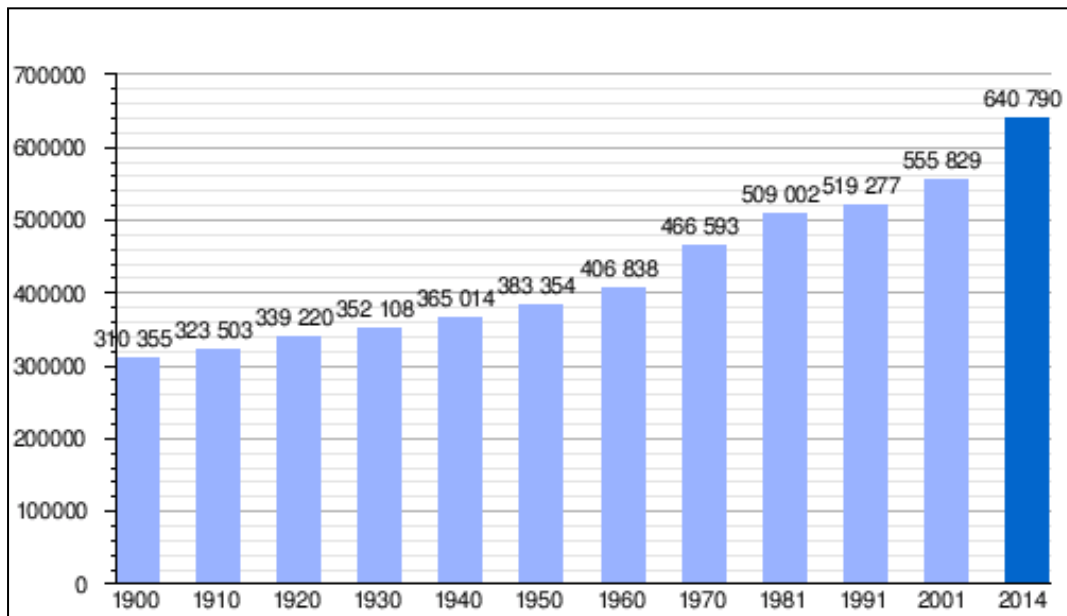
Su población supera los 644.000 habitantes, de los que la mitad viven en la capital, Pamplona, y en grandes municipios de su entorno. Otras ciudades son Tudela, segunda localidad de Navarra y capital de la Ribera, y Estella, Sangüesa, en la zona Media. Leiza en la zona del norte.



3.2. HISTORIA DE LA COMUNIDAD FORAL NAVARRA

La ley de 25 de octubre de 1839, confirmó los Fueros de las Provincias Vascongadas y de Navarra. Los Fueros son Derechos tradicionales que se pactan con el Estado. Aquí han vivido berones, vascones, íberos, celtiberos y otras tribus que poblaron lo que hoy es Navarra (Arbeloa, V.M., 2016). Navarra ha heredado la esencia de su antiguo Reyno; una tierra llena de contrastes. Al norte tenemos los Pirineos, los cuales forman un paisaje de altas cumbres y hondos valles, bosques, prados alpinos, desfiladeros y cañadas. La Cuenca de Pamplona nos trae historia, tranquilidad y fiesta. Pamplona es el centro político, administrativo, económico y cultural de Navarra. Conocida por sus fiesta de Sanfermines y por el Camino de Santiago. Al sur, la Ribera con sus paisaje de huertas regadas por el Ebro. Su capital es Tudela. Aquí convivieron árabes, judíos y cristianos en armonía alrededor de su catedral de los siglos XII y XVIII. Tiene un parque natural del desierto de las Bardenas Reales, declarado por la UNESCO Resera Natural de la Biosfera. No olvidemos la Zona Media con sus castillos y monasterios. Es atravesada de este a oeste por el Camino de Santiago: la Comarca de Sangüesa o Baja Montana, la parte de Olite y la Valdorba, y Tierra Estella.

La población navarra ha ido aumentando desde 1900 como se observa en el cuadro siguiente:



Navarra ha sido una sociedad tradicional hasta el siglo XX, dependiendo en lo económico de la agricultura, sobre todo, la Navarra media y la sur, de la ganadería y de la explotación forestal. Lo primero que se crea en Navarra son las centrales eléctricas y luego, empresas harineras, de azúcar, de conservas vegetales en el centro, sur y en la zona de Pamplona.

La construcción, el calzado y la fundición y el sector metalúrgico se dan en Estella, Sakana y Cinco Villas. Después de la Guerra Civil española, el campo no puede ofrecer trabajo a todo el mundo y empieza el sector industrial. Este es el que podía absorber la mano de obra sobrante del campo. En los años cincuenta, comienzan las primeras industrias de la construcción. Más tarde el metal y luego con la creación de bodegas. En 1960, el 22,3% trabajaba en la industria. España está en 23,4%. El 10 de abril de 1964 la Diputación Foral aprueba el *Programa de Promoción Industrial (PPI)*. Este plan hizo que llegasen numerosas empresas a Navarra.

En el 1970 se forma una “ruralidad exagraria” Ya no es tan fácil identificar lo rural con lo agrario. El sector de automoción, el metal y el agroalimentario constituyen el progreso industrial de Navarra. En 1973, el porcentaje de mano activa en la industria es de 35% en Navarra y un 27% en España. Es cuando viene a Navarra la inmigración de Andalucía y Extremadura. Es curioso resaltar, que salían autobuses de Navarra a buscar trabajadores. De estos momentos es la Empresa de Potasas de Navarra. Pero Navarra sufre este cambio tan radical.

El campesino estaba acostumbrado a su ritmo y el pasar a turnos, horario y disciplina, no le resultó tan fácil. Al final, compaginaban el trabajo del campo con el de la empresa. Son unos años con muchas dificultades y tanto en las universidades como en las industrias se encontraban ejemplares del Libro Rojo de Mao Tse Tung y los sindicalistas se enfrentaron al capitalismo.

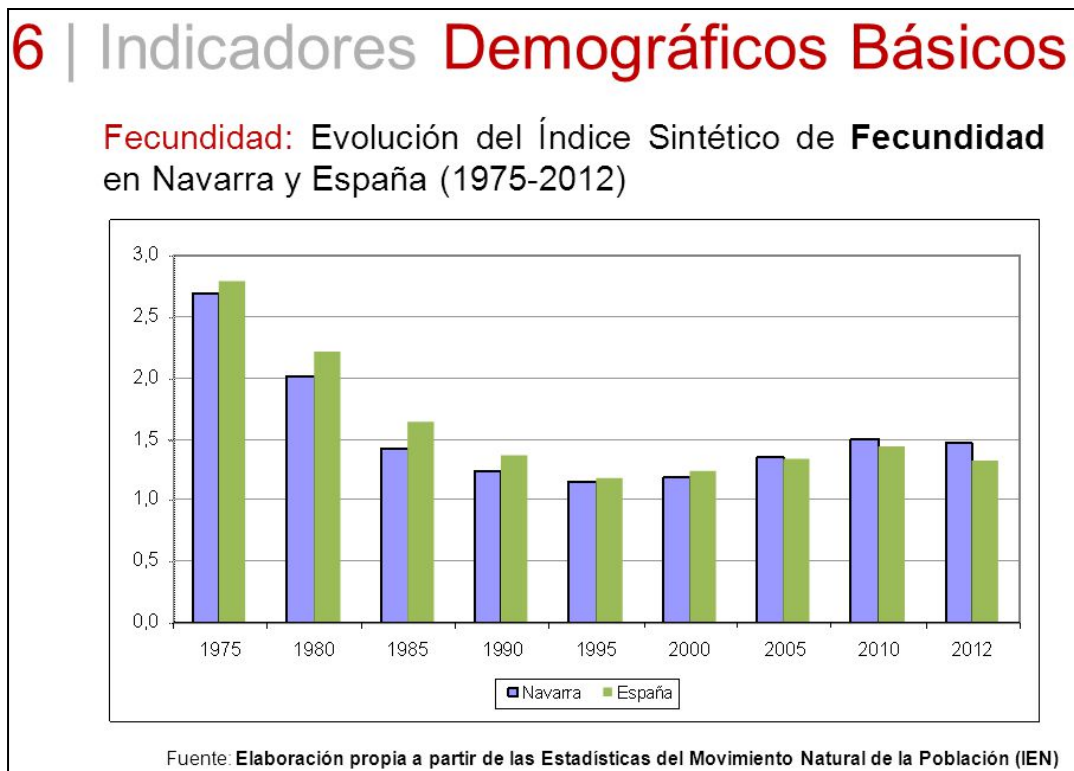
Tenemos que tener en cuenta, que los trabajadores del campo no tenían formación profesional, por lo que algunas empresas tienden a educar según el modelo *on the job training*, es decir, recibían formación sobre las máquinas. Pronto se crearon las escuelas profesionales, como la Escuela Profesional de Salesianos de Pamplona. El Gobierno de Navarra apoyó estas iniciativas (pag 208 de Sociología y sociedad en Navarra).

3.3. DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA DE NAVARRA

Se hará un recorrido por: 1. Natalidad, 2. Mortalidad, 3. Esperanza de vida al nacer, 4. Esperanza libre de discapacidad y dependencia.

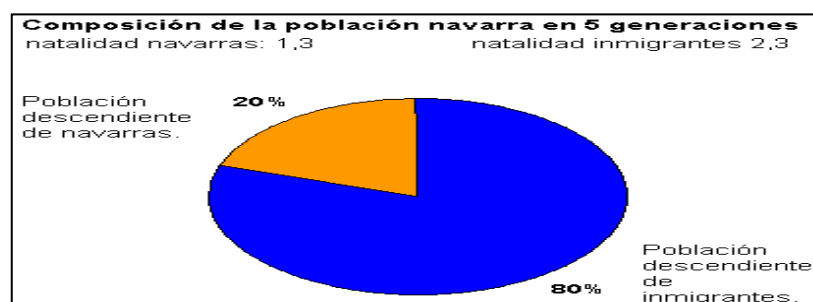
3.3.1. Natalidad

Aunque el número de nacimientos masculinos es superior al femenino; sólo a partir de los 60 años, la cantidad de mujeres supera a los hombres. Hay más viudas que viudos. La natalidad ha disminuido por la incorporación de la mujer a la vida laboral y por las nuevas oportunidades que tiene ésta. Su vida laboral le aleja de la fecundidad hasta fechas que rondan los 30 y pico años. Lo que hace que tenga una vida corta para tener hijos y éstos son más espaciados. Desde el año 1980 se ve un gran descenso de la natalidad. No cumplimos el relevo generacional, ni siquiera con las inmigrantes.



La comunidad Foral por tramos de edad

Se consigue el relevo generacional con los hijos de las inmigrantes en Navarra. Como cuenta, lo pongo aquí. Pero no es suficiente.



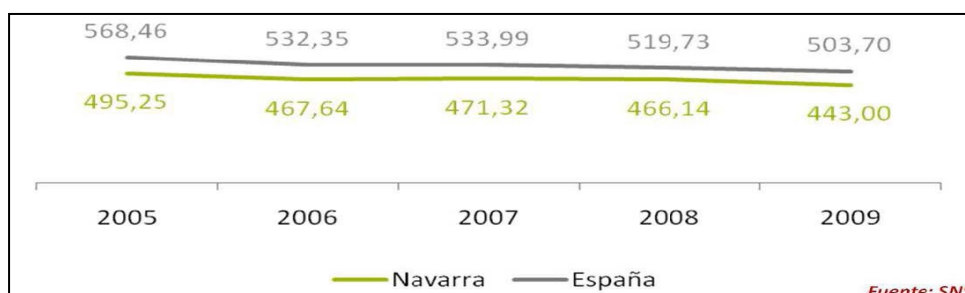
3.3.2. Mortalidad en Navarra

En Navarra ha habido un gran descenso de la mortalidad entre los mayores de 65 años en ambos sexos. Por lo que las tasas de mortalidad en Navarra son las más bajas de España en ambos sexos. Las causas de mortalidad fueron: entre los hombres el cáncer fue la primera causa entre 2008-2012 con un 34,2%; seguida por las enfermedades del sistema circulatorio (26,9 %), las respiratorias (12,8%), que han ido disminuyendo en Navarra, y las causas externas (5,5%).

Esta última causa es más alta en Navarra que en España, siendo un 41 % en hombres y un 61 % en mujeres los accidentes de tráfico. También se observa un descenso en las tasas de suicidio en mujeres. Navarra se mantiene con una tasa más baja de mortalidad por cáncer en hombres, pero en las mujeres está por encima de la media nacional. El descenso de mortalidad por enfermedades del sistema nervioso aumentó un 11% en hombres y un 5 % en mujeres, incrementándose el número de muerte por Alzheimer. Hay dos factores importantes para detectar estos problemas: 1. El aumento de la incidencia y/o prevalencia de la enfermedad, y 2. Una mayor sensibilidad de los médicos para diagnosticar los deterioros cognitivos como enfermedad de Alzheimer, y señalar esta enfermedad como causa de muerte (Regidor E, 2013).

Las tasas globales de mortalidad de los hombres y mujeres de Navarra fueron más bajas que las de España, un 10% y un 13%, respectivamente. Se observa una sobre mortalidad de los hombres de todos los grupos de edad. Entre 50 y los 80 años el riesgo de muerte de los hombres se duplica al riesgo de muerte de las mujeres. En el último quinquenio, se observan descensos importantes del riesgo de muerte en los varones en prácticamente todos los grupos de edad que oscilan entre un 9-28%. Las tasas de mortalidad de las mujeres jóvenes y de edad media, aunque siguen siendo más bajas que las de los varones, no presentan un patrón descendente claro en el periodo 2004-2008 donde incluso aumentan. Disminuyen de manera clara las tasas de las mujeres de mayores de 60 años.

Evolución Tasa de Mortalidad ajustada por edad, por 100.000 habitantes (2005-2009). Último año disponible.



Fuente: Plan de crónicos en Navarra

En el periodo 1996-2005 la mortalidad en Navarra. En 2005 fallecieron en Navarra 2.688 hombres y 2.514 mujeres. De los hombres fallecidos el 19% tenían menos de 65 años y el 25,6% más de 80 años. Entre las mujeres fallecidas eran de 9% menos 65 años y 50% más de 80 años.

Quinquenios 2004-2008 y 2009-2013. Los fallecidos en Navarra de 65-74 años en el primer quinquenio son de 1.944 hombres y 808 mujeres tasas X 100.000. En el segundo quinquenio: hombres 1.690 y mujeres 686. En la franja de edad de 75-84, en el primer quinquenio 5.854 hombres y 3.092 mujeres y en el segundo quinquenio 4.915 hombres y 2.706 mujeres. Siendo más

de 80 años, en el primer quinquenio, 16.979 hombres y 12.163 mujeres y en el segundo, 15.585 hombres y 12.163 mujeres. (Boletín de Salud Pública de Navarra No 84 de julio 2015, pág 2).

Disminuyen las defunciones atribuibles al tabaco en hombre y también disminuye la mortalidad prematura por cáncer de mama en mujeres y cáncer de pulmón en hombres. Ha disminuido en un 25% las muertes por causas externas, sobre todo por accidentes de transporte. Sin embargo han aumentado los cánceres de pulmón y otros relacionados con el tabaquismo en mujeres. En Navarra en 2010, entre la media, con una TBM de 8,02 frente a 8,25 la nacional. En el 2012 fallecieron en Navarra 5.376 personas, de ellas, 2.758 fueron hombres y 2.618 mujeres. Lo que nos da un 18,6% de los hombres y 8,5% de las mujeres de menos de 65 años y 33,1% de hombres y un 60,3% de mujeres de más de 85 años. En 2013 fallecieron un total de 5.329 personas residentes en Navarra, 2.740 hombres y 2.589 mujeres. El 18,4% de los hombres y el 8,7% de las mujeres tenían menos de 65 años y el 33,2 y 58,5% más de 85 años respectivamente.

Veremos que hay una evolución negativa y una positiva en Navarra en los años 2008-2012:

- A) Evolución negativa:** en las mujeres se incrementa la mortalidad en los cánceres de pulmón relacionados con el tabaquismo.
- B) Evolución positiva:** hemos aumentado la esperanza de vida en mujeres de 85,7 a 87,1 años y en hombres de 79,3 a 80,7 años. En los hombres disminuye las muertes por enfermedades relacionadas con el tabaco, como el cáncer de pulmón y también desciende las tasas de mortalidad por diabetes, cáncer de estómago, cirrosis, etc. Pero se mantienen estables las de suicidios.

En las mujeres disminuye el cáncer de mama y, como hemos referido anteriormente, también ha disminuido la tasa de suicidios. En general ha disminuido en un 40 % las muertes por accidente de tráfico, todo ello en nuestra Comunidad Autónoma. La Tasa Bruta de Mortalidad en España se sitúa en 859 fallecidos por cada 100.000 habitantes. En Navarra en 2010, entre la media, con una Tasa Bruta de Mortalidad de 8,02 frente a 8,25 de la nacional.

La codificación se ha realizado utilizando la décima revisión de la Clasificación Internacional del Enfermedades (CIE 10), entendiendo como causa básica de defunción: “la enfermedad o lesión que inicio la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte. Lo refleja el Instituto de Estadística (INE).

Utiliza una corrección que afecta a la tendencia de la esperanza de vida al nacer, que en 2012 hay que sumarle 0,35 en hombres y 0,21 en mujeres para compararla con años anteriores. La mortalidad prematura se ha estimado mediante el cálculo de la tasa de años potenciales de vida perdidos entre 1-70 años (APVP). Se calculan los indicadores de mortalidad por causa de los quinquenios 2003-2007 y 2008-2012. Se ajustan las tasas a estándares europeos. En España los indicadores se obtienen de los archivos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y los correspondientes a Europa del informe de EUROSTAT (Statistical Office of the European Communities).

3.3.2.1. Registro de voluntades anticipadas

En Navarra 500 navarros expresan cada año por escrito los cuidados terapéuticos que desean para el final de su vida. Esto consta en el registro de voluntades anticipadas, dependiente del Departamento de Salud y que recoge los documentos, también llamados “**testamento vital**” con los criterios asistenciales e instrucciones sobre los cuidados de salud que desean.

Suman ya más de tres mil las personas que han previsto estos aspectos y los que han depositado en dicho registro con el objeto de que se tenga en cuenta si fuera necesario. El Decreto Foral 140/2003, crea este servicio gratuito y puede realizarse a través de tres vías: 1. Acudiendo acompañado de tres testigo) dos de ellos sin relación familiar o patrimonial) que confirme la voluntariedad de la decisión. 2. Puede darse validez ante notario 3. Puede inscribirse el documento ante el empleado público encargado del registro sin necesidad de testigo, lo que facilita los trámites. (Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre).

Los documentos presentados en Navarra se vuelcan en un registro nacional al que los sanitarios pueden acceder desde cualquier comunidad autónoma. Las instrucciones más comunes son las de calidad de vida, las de relacionarse y no relacionarse con otras personas, las de no sufrir dolor importante físico o psíquico y llegar autónomo para las actividades propias de la vida diaria. Si no se dan estos mínimos, expresan la voluntad de que no se prolongue la vida.

Perfil de los inscritos: De los 3.002 registros actuales, 1.927, el 64%, corresponden a mujeres; es decir, por cada hombre que deja constancia de su voluntad lo hacen dos mujeres. Esto es porque las mujeres son las cuidadoras de sus maridos, padres, hijos, etc., y quieren para ellas algo específico. Respecto a la edad, 1.607, más de la mitad, corresponde a personas entre 56 y 65 años (819 tiene 56 y 65, y 788, entre 66 y 75); 462 se encuentran el rango de 46-55, y 403, en el de 76-85 años.

3.3.3. La esperanza de vida en Navarra

En Navarra hay un aumento de la esperanza de vida al nacer que pasa de 79,3 a 80,7 años en los hombres y de 85,7 a 87,1 años en las mujeres. La esperanza de vida al nacer se calcula como la media de años que una persona puede esperar vivir asumiendo que las tasas específicas de mortalidad permanezcan constantes.

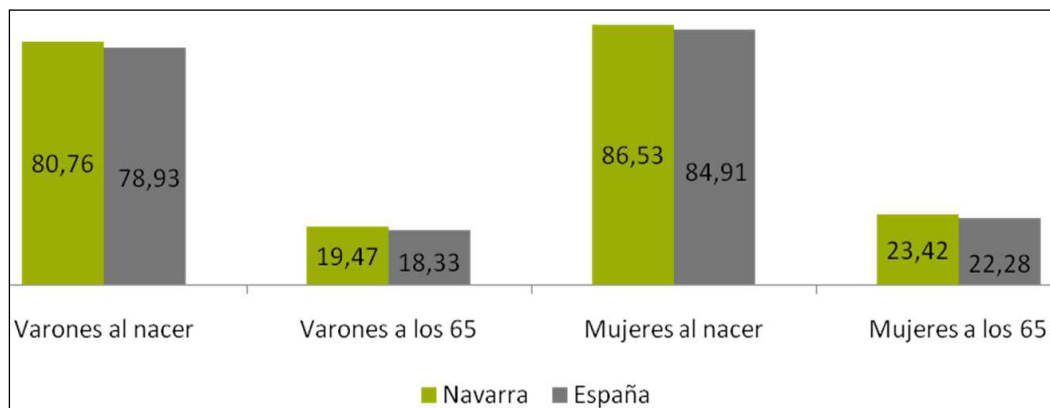
Vemos que la esperanza de vida al nacer en Navarra fue de 80,7 años en hombres y de 87,1 años en mujeres. Es España fue menor. Navarra junto a Madrid tienen la mayor esperanza de vida al nacer de toda España. En Europa fue Islandia con 81,6 años y Suiza con 80,6 años. En el mundo, es Japón el país que destaca con 80,9 años, siendo las mujeres las que mayor esperanza de vida con 87 años. En todos los países la esperanza de vida al nacer fue mayor en mujeres con una diferencia entre los sexos de 11 años en Lituania y 2, 7 en Islandia.

En España la diferencia entre sexos es de 6 años, algo mayor en Navarra con 6,4 años. La esperanza de vida al nacer en Navarra fue de 80, 7 años en los hombres y de 87,0 años en las mujeres, 1 y 1,5 años más alta que la registrada en España. Si nos vamos a Europa los países con más alta esperanza de vida al nacer entre los hombres fueron Islandia 81,6 años y Suiza 80,6 años. El sexo femenino destacan España, Francia e Italia con la esperanza de vida al nacer más alta. Lituania tiene la esperanza más alta de vida entre hombres y mujeres a nivel europeo, 11 años, y la más baja en los Países Bajos, Suecia y el Reino Unido (3,7 años). Navarra tiene la brecha en la esperanza de vida, 6,4 años, por encima de la media europea (5,6 años).

Navarra continúa con su aumento de la esperanza de vida al nacer en su último quinquenio la esperanza de vida al nacer y a los 65 años es superior en las mujeres. En nuestra Comunidad Foral tanto hombres como mujeres presentan una esperanza de vida al nacer de 2 años superiores a la media nacional. La esperanza de vida en nuestra comunidad ha aumentado en 2 años desde el 2005 situándose en el 2010 en 83,67 años.

Si nos comparamos con Ceuta y Andalucía, los navarros tenemos una esperanza de vida superior en 5 años a la primera y en 3 años a la segunda (80,7). La esperanza de vida al nacer es muy alta en Navarra en ambos sexos tanto si se compara con los datos de Europa como de España. Para el periodo 2004-8 en Navarra y para el año 2007 en España, se estimó una esperanza de vida al nacer de 79,2 y 77,7 años en los hombres y de 85,7 y 84,11 años en las mujeres. Hay que señalar, que las mujeres de Navarra son más longevas que las mujeres de todos los países de la Unión Europea. En cuanto a los varones, los hombres de Suecia son los más longevos de todos los países europeos, con una esperanza de vida al nacer de 79,02, muy similar a la de Navarra.

Esperanza de Vida al Nacer y a los 65 años (2010)



Fuente: IEN; INE

En el quinquenio de 2001-2005, la esperanza de vida al nacer en Navarra fue de 78,2 años en hombres y 85,1 en mujeres, por encima de la observada en España donde en 2003 fue de 76,9 en hombres y de 83,6 en mujeres. En la UE-15 la esperanza de vida más alta se sitúa en Suecia en hombres en 77,9 años y en mujeres en España en 83,6 años. En Comunidades autónomas las tasas ajustadas de mortalidad en 2004, Navarra ocupa en orden descendente el lugar 16 en ambos sexos. La tasa de mortalidad de los hombres de Navarra es un 11,1% más baja que la de España y la de las mujeres un 11,4%. En Navarra llevamos las dos últimas décadas con menor mortalidad con relación a España. La mortalidad infantil fue de 3 fallecidos por mil nacidos vivos, un 27% más bajo que la del quinquenio anterior (4,1 por mil). Navarra se encuentra en el quintil inferior y se aproxima a la registrada en 2002 en Islandia (2,3) y Suecia (3,3), que son los países que presentan la tasa más baja de Europa.

También han descendido la mortalidad en el primer año de vida y la mortalidad de niños y jóvenes, además de los adultos y grupos de mayor edad. Entre los hombre entre 2001-2005 las causas de muerte: cáncer, las enfermedades circulatorias, las enfermedades respiratorias y por causas externas. Estas 4 causas han descendido en el último quinquenio en porcentajes entre 7 y 17%. Entre las mujeres de la Navarra, la mortalidad por enfermedades circulatorias, la primera, seguido de tumores y enfermedades respiratorias y del sistema nervioso. Por causas externas ha aumentado en 41,3%. Los años potenciales de vida perdidos (APVP) es 2, 2 veces más alta en los hombres que en las mujeres.

En los hombres los accidentes de tráfico, el cáncer de pulmón, el infarto agudo de miocardio y las muertes por suicidio ocupan los 4 primeros lugares de mortalidad prematura. Decir que las 3 primeras han descendido, sobre todo los accidentes de tráfico e IAM. Las tasas de

APVP entre las mujeres son más bajas que en los hombres, un 10% ante un 16% de los hombres. Debemos señalar que Navarra se encuentra entre las regiones de Europa con tasas muy bajas tanto para el conjunto de mortalidad por enfermedades cardiovasculares como por enfermedad isquémica del corazón y también para las enfermedades cerebrovasculares.

Las tasas de Navarra son parecidas a Francia y Suiza que son las más bajas de Europa. Respecto a España se observa menor mortalidad por enfermedad isquémica y por enfermedad cerebrovascular. El cáncer de mama, que más muerte presente entre las mujeres con una tasa 17 por 100.000 en el quinquenio 2001-2005 ha descendido un 14%. Después de Ceuta con un 7,2 por 100.000, le sigue Navarra con 15,2 por 100.000, siendo la media de España de 19,1 por 100.000 o el País Vasco con 17,6. Sin embargo, la mortalidad por causas externas ha disminuido en los hombres y ha aumentado en las mujeres.

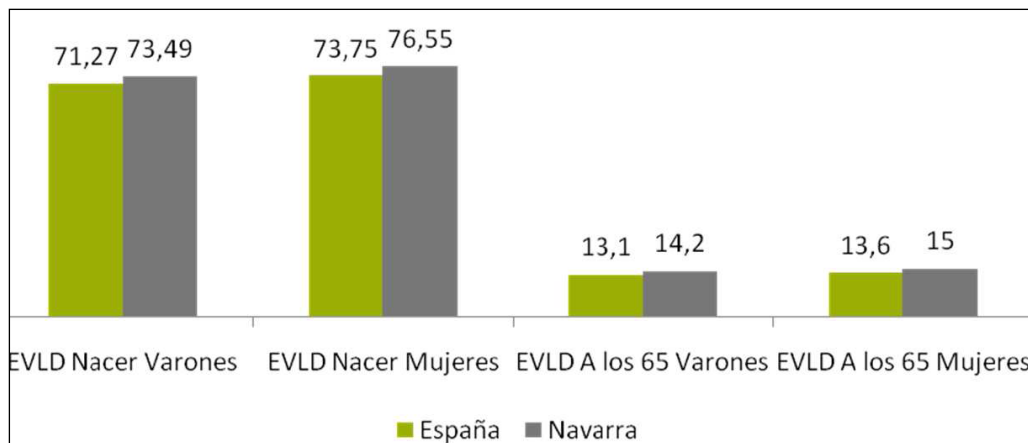
Las muertes por accidentes de tráfico han aumentado en un 38% y las de suicidio un 64%. De los miembros de UE-15, Navarra presenta una tasa de mortalidad de accidente de tráfico, igual que España y 3 veces más alta que las del Reino Unido. Los suicidios en Navarra es más baja que la UE y parecido a España. En el 2013, la esperanza de vida al nacer en Navarra fue de 80,7 años en hombres y de 87,0 años en mujeres. Un 1 y 1,5 años más altas registradas en España. La brecha en la esperanza de vida en Navarra está en 6,4 años, por encima de la media europea (5,6 años). La Esperanza de Vida de la Comunidad Navarra ha aumentado en 2 años desde el 2005, situándose en el 2010 en 83,67 años. Siendo superiores en las mujeres que en los hombres.

Fuente: Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. INE, 1995.

Esperanza de vida al nacimiento de las mujeres por Comunidades Autónomas		
	1995	2005
Andalucía	80,17	81,5
Aragón	81,54	82,88
Asturias	80,98	82,33
Baleares	80,06	81,52
Canarias	80,07	81,48
Cantabria	81,35	82,68
Castilla y León	82,37	83,67
Castilla La Mancha	81,21	82,5
Cataluña	81,16	82,52
Comunidad Valenciana	80,04	81,41
Extremadura	80,78	82,13
Galicia	80,98	82,36
La Rioja	80,05	82,22
Madrid	81,91	83,28
Murcia	79,72	81,08
Navarra	81,46	82,79
País Vasco	81,71	83,04

3.3.4. La esperanza libre de discapacidad en Navarra

Se estima que la esperanza de vida libre de discapacidad al nacer se estima en 63,8 años para varones y en 63,3 años para mujeres (European Commission, 2011a), ligeramente superior a Europa. En 2011, en España, un 15,00% reconocía tener alguna limitación. En las personas de 85 y más años, estas limitaciones percibidas son suaves para un 42,60% y severas para 23,80% (Eurostat, 2013b). Uno de los indicadores más importantes es el de la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad. EVLD mide el número medio de años que una persona espera vivir sin discapacidad. En Navarra es superior a la nacional y las mujeres superiores a los hombres. Comparativa Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (2008). Fuente: INE



Fuente: Plan de Crónicos de Navarra

3.3.5. Dependencia en Navarra

Vamos a desarrollar la dependencia en Navarra. Como podemos comprobar: la dependencia es mayor en mujeres, pero también la no dependencia: 729 de mujeres frente a 16 hombres de más de 80 años. **Índice de dependencia** en Navarra es de 53,2%, es decir, algo más que la mitad de la población en edad económicamente activa (16-64 años) mantiene a la de edad potencialmente inactiva (menores de 16 y mayores de 64 años). Los municipios que presentan un índice más elevado son Castillonuevo (300 %), Azuelo (153,3%) y Armañanzas (145,8%). Los municipios con una menor dependencia son Tirapu (38,1%), Odieta (38,1%) y Ciriza/Ziritza (39,3%). Los de mayor habitantes como Pamplona (Iruña) el índice es de 54,6%, Tudela con 49,3%, Barañáin con 40,4%, Egüés con 44,2% y Burlada/Burlata alcanza el 51,6%. El índice de dependencia se define como el cociente entre la población residente en el municipio menor de 16 años o mayor de 64 entre la población de 16 a 64 años, expresado en tanto por cien.

Gran dependientes	Mayores de 65 años: hombres 601 y mujeres: 762
	Mayores de 80 años: hombres 1274 y mujeres: 3537
Dependencia severa	Mayores de 65 años: hombres 579 y mujeres 735
	Mayores de 80 años: hombres 1017 y mujeres 1240
Dependencia moderada	Mayores de 65 años: hombres 534 y mujeres 846

	Mayores de 80 años: hombres 817 y mujeres 1951
No dependientes	Mayores de 65 años: Hombres: 387 y mujeres: 521
	Mayores de 80 años: hombres 416 y mujeres 729

Hay dos indicadores para medir la incidencia del envejecimiento sobre la estructura de la población:

1. **Índice de vejez**, que relaciona lo mayores de 65 años y más con los menores de 15 años:

$$IV = \frac{\text{Población 65 años y más}}{\text{Población menor de 15 años}}$$

2. **Índice de dependencia**, que agrupa, por un lado, a la población dependiente, es decir, la población de menos de 15 años y más de 65, con la población que está en edad potencial de trabajar, es decir, con la población de 15 a 64 años:

$$ID = \frac{\text{Población más 65+ menor de 15 años}}{\text{Población de 15 a 64 años}}$$

La Conserjería de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte presentó en 2010 el primer *Plan Integral de Atención a personas con discapacidad para el periodo 2010-2013* en Navarra con un presupuesto de 129 millones de euros. Se pretende avanzar hacia la accesibilidad universal del entorno navarro (Navarra.es, 2010). En mayo de 2012 se celebraron las *I Jornadas sobre Turismo Accesible y Sostenible* organizadas por la cooperativa social Gure Sustraiak, donde desde la Consejería de Cultura, Turismo y Relaciones Institucionales se abogó por que Navarra se convierta en referencia del turismo accesible y sostenible (Navarra.es, 2013). Esto ayudaría a que muchas personas mayores pudiesen viajar a nuestra comunidad. Nuestra comunidad está adaptada para las personas mayores y con ciertas discapacidades. Ofrece recorridos de una gran belleza y paz. Con gran gastronomía para todos los gustos y bolsillos.

Después de 10 años de Ley de la Dependencia, los recursos destinados a ella, no se han dado. Hay casos que claman al cielo. Cuando la Ley 39/2006 se hizo, tendrían que estar a 1 de enero del 2016 todos los dependientes con derecho reconocido, atendidos. Como sabemos, esto no ha sido así. Estamos sufriendo una derogación encubierta de la Ley de Dependencia. Y por imperativo no sólo legal sino ético, tenemos que preservar nuestro compromiso inquebrantable en defensa del Sistema de Atención a la Dependencia.

Creíamos que esta ley iba a ser la oportunidad de empleo para muchas personas, entre ellas, mujeres que han sido las más afectadas por el paro en esta crisis. El Gobierno de España ha dejado de proteger a las personas más vulnerables y les ha abandonado a su suerte. Además de incrementar los recortes, las listas de espera, el copago abuso a los ancianos y dependientes, la falta de homogenización en la gestión de la ley y la carencia de un sistema de urgencias para cuidados paliativos.

Sin tener en cuenta las grandes desigualdades territoriales que siguen latentes a diez años de dicha ley. Se olvidan, que este grupo de dependientes puede crear muchos puestos de trabajo con dicha ley y con los sectores residenciales, la ratio general es que por cada dos personas atendidas en una residencia se crean dos puestos de trabajo. Pero como hemos visto, le sale más económico mantener a las personas en su domicilio que en una residencia. Pero ni dan las prestaciones de ayuda a domicilio que ayudaría a sostenerlos con sus familias.

Esto ayudaría mucho sobre todo en el medio rural. No se ven a los ancianos como generadores de empleo y de riqueza. España tiene dependientes con el derecho reconocido que no reciben prestaciones, en torno a unas 355.596 personas. En Navarra más de 4.200 personas tienen derecho reconocido y no reciben las prestaciones.

Los cuidados paliativos hay un 45,3% de pacientes que no se les solucionan los problemas derivados de su situación. Hay que decir, con dolor, que muchas de estas personas, cuando les llegan las prestaciones, ya nos han dejado, se han quedado en el camino esperando el cumplimiento de dicha ley. ¿Sería posible dignificar la Ley de Dependencia? ¿Los gobiernos, tanto estatal como comunidades autónomas, podrían destinar recursos y comprometerse a que lleguen a las personas que lo necesitan y son las más vulnerables. Datos de Bienestar Social Navarra.

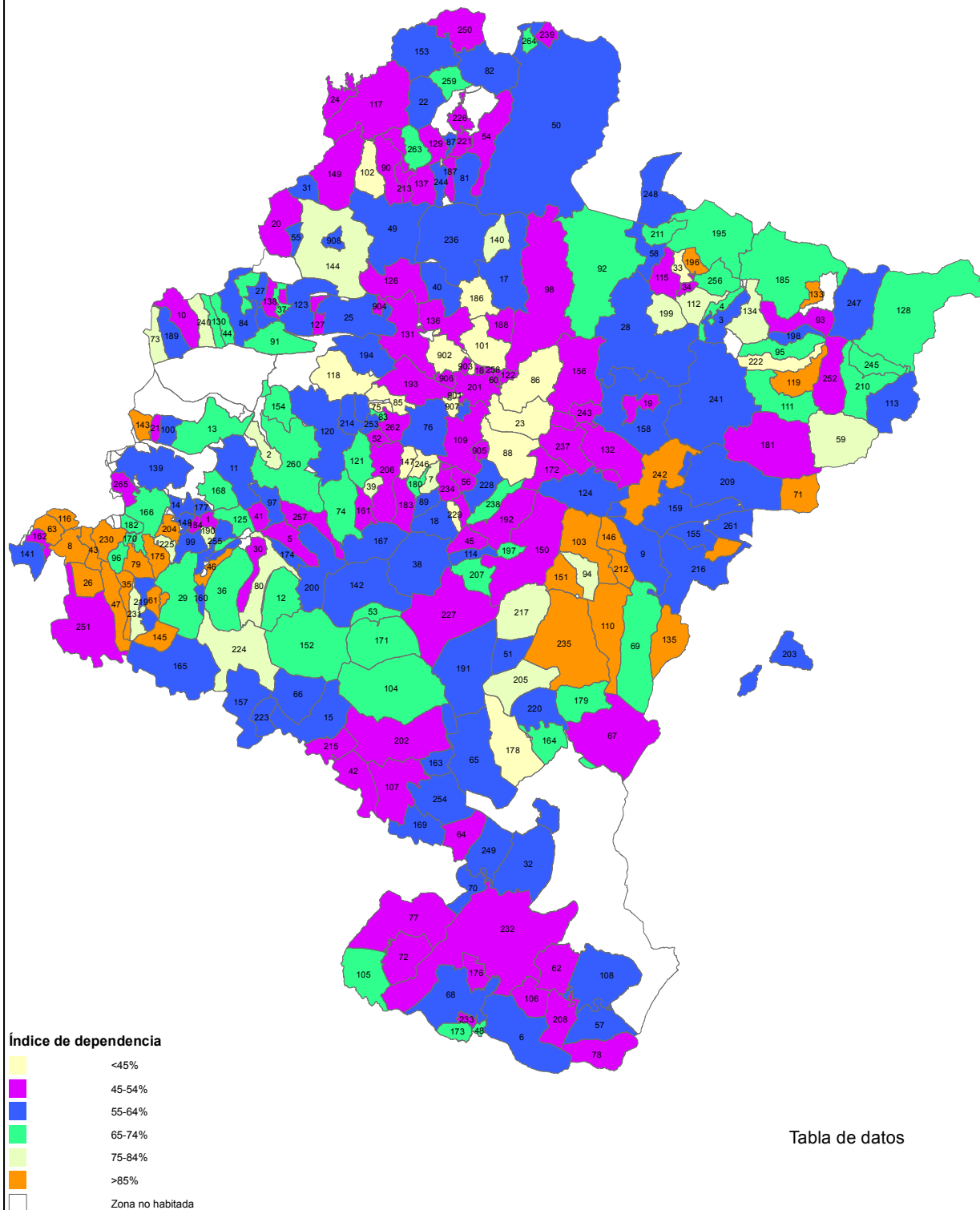
1. DATOS DEMOGRÁFICOS DE LAS PERSONAS CON VALORACIÓN DE DEPENDENCIA >= 80 AÑOS EN NAVARRA (31/12/9)					
Grado de dependencia	Edad	>=65 y >80		>=80 años	
	Sexo	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Gran dependiente Grado III	Nivel 1	269	330	617	1.437
	Nivel 2	332	432	657	2.100
	Total	601	762	1.274	3.537
Dependiente Severo Grado II	Nivel 1	343	456	603	1.522
	Nivel 2	227	279	414	1.240
	Total	570	735	1.017	2.762
Dependiente moderado Grado I	Nivel 1	340	525	494	1.167
	Nivel 2	194	321	323	784
No dependientes	Total	387	521	416	729

2. POR ÁREAS GEOGRÁFICA DEPENDENCIA								
ZONAS GEOGRÁFICAS	GRAN DEPENDIENTE		DEPENDIENTE SEVERO		DEPENDIENTE MODERADO		NO DEP.	TOTAL
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2		
Navarra Noroeste	344	356	391	249	284	210	300	2.137
Navarra Este	137	204	154	125	127	89	96	932
Estella	445	673	537	407	465	293	400	3.220
Tafalla	262	336	322	250	324	192	263	1.949
Tudela	495	687	650	420	577	327	556	3.712
Pamplona y comarca	1.188	1, 887	1.421	1.157	1.292	858	1.127	8.930
Total	2.871	4.146	3.475	2.606	3.069	1.969	2.742	20.880



**Gobierno
de Navarra**

Índice de dependencia



3.4. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD FORAL

3.4.1. Distribución de la población por número de habitantes

La población empadronada a 1 de enero de 2013 es de 644.477 personas. De los 272 municipios de Navarra, el 68,8% (187 municipios) tienen menos de 1000 habitantes y agrupan al 8,6% (55.421 habitantes) de la población total. Hay municipios con menor número de habitantes como Castillonuevo (16 habitantes), Orreaga/Roncesvalles (26 habitantes) y Azuelo y Abaurrepea/abaurrea Baja (38 habitantes). Hay tres municipios que concentran el 39,3% de la población total de Navarra: Pamplona/Iruña, Tudela y Barañain. El 91,9% de los municipios de Navarra tienen menos de 5.000 habitantes.

La población de la Comunidad Foral se ha incrementado en un 27,7% en los últimos 30 años (1970–2011), hasta llegar a la cifra de 642.051 habitantes en enero de 2011. Este crecimiento está por debajo del conjunto del Estado que se sitúa en un 28%. Sin embargo, el número de habitantes con más de 65 años ha aumentado en línea con el país (63% frente a 61%), aunque la proporción de habitantes con más de 65 años es mayor en Navarra que en España (18% frente a 16%). En términos generales, el crecimiento demográfico de Navarra ha sido menor que la media española y la densidad sigue siendo baja. De hecho, Navarra sigue siendo una de las comunidades autónomas menos densamente pobladas, tan solo por delante de Aragón y Extremadura.

En el **2011**, si vemos la distribución por sexos, se observa mayor número de mujeres que de hombres viviendo en Navarra. Hombres: 320.326 y Mujeres: 320.967.

En el **2013** mayores de 70 años: Hombres 35.389 y Mujeres: 49.845.

NAVARRA			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
De 70 a 74 años	23.437	11.082	12.355
De 75 a 79 años	23.049	10.326	12.723
De 80 a 84 años	19.687	7.960	11.727
De 85 a 89 años	12.414	4.301	8.113
De 90 a 94 años	5.210	1.445	3.765
De 95 a 99 años	1.256	243	1.013
De 100 o más años	181	32	149
TOTAL	85.234	35.389	49.845

Hemos sacado las personas que van a ser nuestra población diana.

POBLACIÓN DE NAVARRA

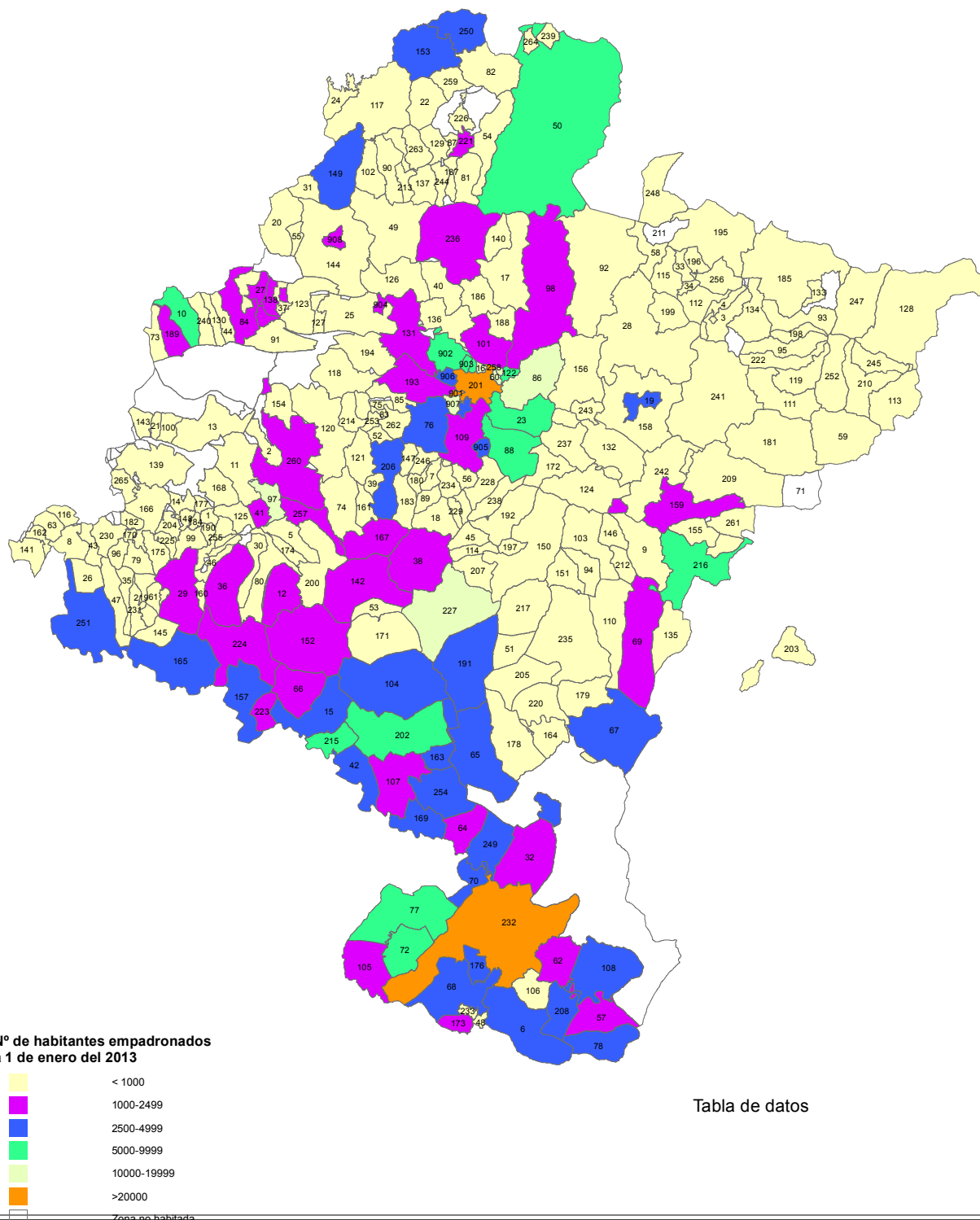
NAVARRA			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
De 0 a 1 años	13.503	7.003	6.500
De 2 a 4 años	21.301	10.957	10.344
De 5 a 9 años	34.350	17.543	16.807
De 10 a 14 años	31.713	16.229	15.484
De 15 a 19 años	29.915	15.280	14.635
De 20 a 24 años	31.763	16.176	15.587
De 25 a 29 años	37.704	19.151	18.553
De 30 a 34 años	49.260	25.212	24.048
De 35 a 39 años	55.773	29.016	26.757
De 40 a 44 años	53.151	27.789	25.371
De 45 a 49 años	50.209	25.785	24.424
De 50 a 54 años	44.852	22.860	21.992
De 55 a 59 años	39.069	19.689	19.380
De 60 a 64 años	35.000	17.433	17.567
De 65 a 69 años	31.680	16.430	16.250
De 70 a 74 años	23.437	11.082	12.355
De 75 a 79 años	23.049	10.326	12.723
De 80 a 84 años	19.687	7.960	11.727
De 85 a 89 años	12.414	4.301	8.113
De 90 a 94 años	5.210	1.445	3.765
De 95 a 99 años	1.256	243	1.013
De 100 o más años	181	32	149
TOTAL	644.477	320.933	323.544
Padrón a 1 de enero de 2013			

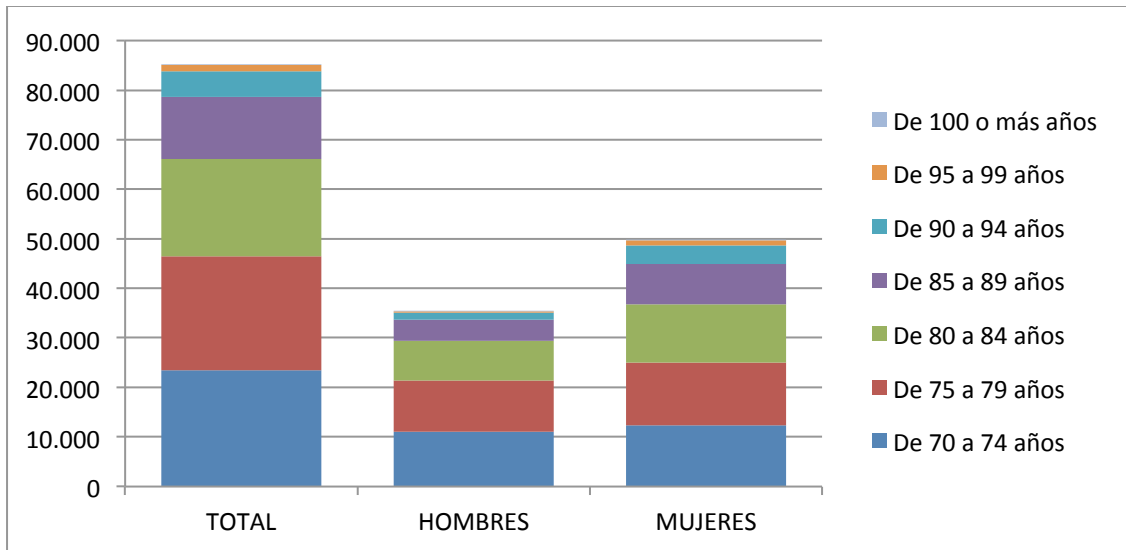
(estadísticanavarra:<http://www.navarra.es/GN.Instituto-Estadistica.Web/informaciónestadistica.aspx?R=1&E=1> ☺)



**Gobierno
de Navarra**

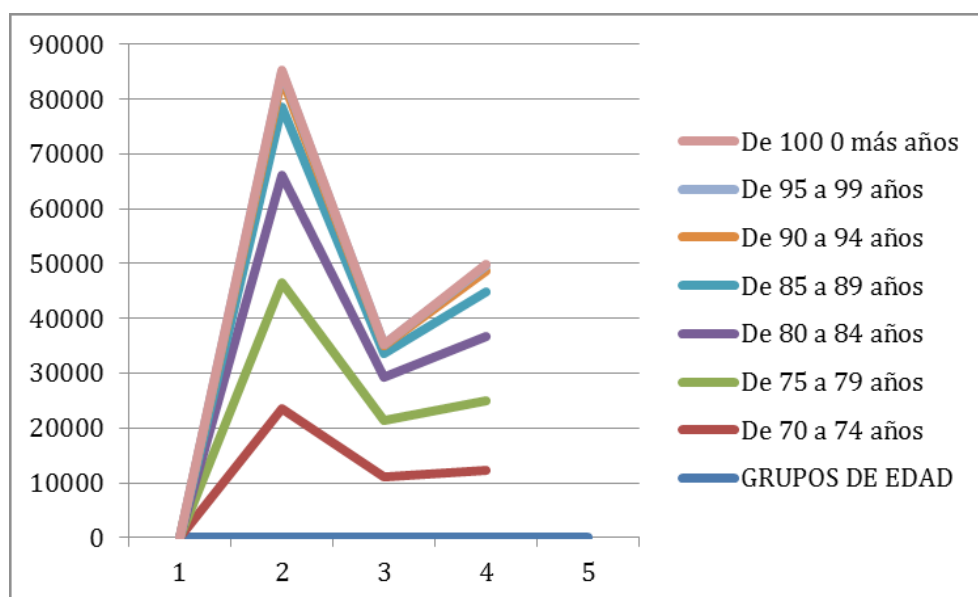
Número de habitantes





La distribución por edades, las mujeres son menores en todos los tramos de edad excepto a partir de los 44 años: Hombres: 131.903 y Mujeres: 144.742. Un 22,9% de los navarros cuenta con más de 60 años, y la población de mayores de 75 años supera a la de menores de 20 años (Estrategia de Crónicos en Navarra 2013). Según Ceprede (Centro de Predicción Económica) de la EFE, el crecimiento de Navarra llegará al 2,6% en 2015.

Hoy, en septiembre del 2016, 1 de cada 5 son mayores de 65 años y para el 2030, serán 1/3 de la población total de Navarra. La Rioja, Murcia y Extremadura serán las comunidades autónomas con mayor crecimiento del PIB en 2015, con 4,1%, 3,6% y 3,5% respectivamente, mientras que Navarra llegará al 2,6%. El PIB nacional aumentará un 2,6%, es decir, cuatro más que en la última predicción de Ceprede y en el 2016 alcanzará el 2,8%. Todas las comunidades crecerán excepto Asturias con un 1,2% y Castilla-La Mancha, Ceuta y Melilla, con un 1,6%, lo harán en menor medida. Nos adelantan las económicas balear y catalana con 2,9%, Andalucía con 2,8% y Galicia con 2,7%.



España es el país con mayor porcentaje de despoblación a nivel mundial. El profesor Luis Antonio Sáez, que es profesor de Economía aplicada de la Universidad de Zaragoza y director

del CEDDAR centro de Despoblación y Desarrollo de Áreas Rurales se mostró muy crítico con las políticas aprobadas por los gobiernos y animo a los pueblos para que sean actores de su desarrollo. La crisis se ha ensañado con los pueblos pequeños. Estos necesitan más recursos y más ayudas para atraer a los jóvenes.

Navarra, allende de los Pirineos, tiene pueblos en los que no quedan más que ancianos y muy ancianos, y sin jóvenes y niños que alboroten el pueblo. Tampoco tienen industrias que atraigan a los jóvenes. Sólo acude algún que otro turista en fines de semanas. En el 2004 nació allí un bebé y murieron 32 personas mayores en el valle de Salazar.

En el pueblo de Gallués quedan dos vecinos. En Ezcaroz se está a punto de cerrar la escuela. Los cargos electos de los valles pirenaicos y prepirenaicos han hechos hace 11 años alegaciones al Gobierno de Navarra de Estrategias Territorial de Navarra. Los responsables de los valles de Roncal, Salazar, Arce, Erro y Aezkoa y de los ayuntamientos de Navascués, Valcarlos, Burguete, Roncesvalles, Esteribar, Oroz-Betelu y Urreúl Alto exigían al Ejecutivo un paquete de medidas urgentes para recuperación de la zona.

Entre ellas señalaron las mejoras de las carreteras, la creación de un tejido industrial y el fomento de viviendas. La situación es grave, nos dice Patxi Sarriés, presidente de la junta del Valle de Salazar, en representación del resto. Estos valles pirenaicos son el pulmón de Navarra y una fuente de recursos naturales de los que se nutren toda la comunidad Foral. A estos problemas se añade en invierno los problemas de nevadas que dejan a los pueblos incomunicados y con muchos problemas de accesos. En Ezcaroz temen que se cierre la escuela. En Navascués, los vecinos han tomado medidas de ahorros como poner interruptores en las calles para ahorrar en la factura de la luz del ayuntamiento, según el diario de Navarra del 31 de mayo de 2015.

En Navarra, en la comunidad Foral se ha incrementado en un 27,7% los pacientes crónicos de los últimos 30 años, aunque estamos por debajo del conjunto del estado que se sitúa en 28%. Pero las personas mayores de 65 y más años ha aumentado en Navarra en un 18% frente a un 16% a la nacional. Tenemos a nuestro favor, que Navarra sigue siendo una de las comunidades autónomas menos densamente poblada. La distribución de sexos: Varones: 320326 y Mujeres: 320967. Aunque el número de nacimientos de varones es superior al de mujeres. Pero a partir de los 60 años estos se alteran, siendo las mujeres superiores a los hombres.

Navarra como el resto de Europa sigue un envejecimiento progresivo de la población. De 60 Años, la Comunidad Foral tiene un 22,9%. Y si nos vamos a 70 años, la Comunidad foral, supera al de los 20 años. La Pirámide de población de Navarra es mejor que la estatal, pero el envejecimiento es mayor, ya que las personas mayor de 65 y más años es de 17,6% con un 16% en el Estado. Los indicadores demográficos básicos del envejecimiento en el 2011 de 65 y más años son de 114,16.

El índice de dependencia se sitúa en el 49,37. (Fuente: IEN) En Noviembre del 2012 se estima que la población descenderá en el 2022 en torno a un 2%, debido a la emigración. Sin embargo los mayores de 65 y más años continuarán creciendo pasando de un 17% a un 21% (de 107.433 a 127.553) lo que representa un incremento del 19%. Los mayores de 80 años pasarán de 33.066 a 38.605 habitantes, que nos da un incremento de 17%. La dependencia pasará de un 48% a un 56% de los inactivos a activos de la población.

La Tasa de dependencia de los mayores de 65 y más años pasará de 25,5 % a 32,4%. La Tasa Bruta de Mortalidad en España se sitúa en 859 fallecidos por cada 100.000 habitantes. En Navarra en el 2010, entre la media, con una Tasa Bruta de Mortalidad de 8,02 frente a 8,25 de la nacional. La Esperanza de Vida de la Comunidad Navarra ha aumentado en 2 años desde el 2005, situándose en el 2010 en 83,67 años. Siendo superiores en las mujeres que en los hombres. Siendo en 5 años superiores a Ceuta y 3 años a Andalucía (80,7). Uno de los indicadores más importante es el de la Esperanza de Vida libre de Discapacidad (EVLD): Mide el número medio de año que una persona espera vivir sin discapacidad. En Navarra es superior al estado. Y es superior en mujeres que en hombres.

3.4.2. Tasa de Crecimiento anual

La población empadronada en Navarra ha disminuido un 0,01 % en 2013 con respecto al 2012 como veremos. Aunque hay municipio en los que la población no ha variado entre el periodo del 2012-2013. Estos municipios son: Azuelo, Castillonuevo, Iturmendi, Izagaondoa, Lapoblación, Legarda, Oronz/Orontze, Puello, Unzue/Untzue, Urrul Bajo y Bidángoz/Bidankoe. De los 2722 municipios, 167 pierden población, como media han disminuido en 2,5%. Los mayores descensos se producen en Uterga (-10,8%), Ezprongui (-10,2%) y Nazar (-10,0%). Hay 94 municipios que ganan población, como media su población crece un 2,8%. Los municipios que han aumentado su población son: Zuñiga (22,2%), Elgorriaga (9,8%) y Tirapu (9,4%). En Pamplona/Iruña la población desciende un 0,3%, al igual que Barañain que disminuye un 1,5%, mientras que aumenta Egües (5,5%), Burlada/Burlata (0,5%) y Tudela (0,03%).

La Tasa de crecimiento anual de la población se calcula como la variación porcentual de la población entre dos padrones, en este caso la variación de población de 2013 respecto de la misma fecha del año 2012.

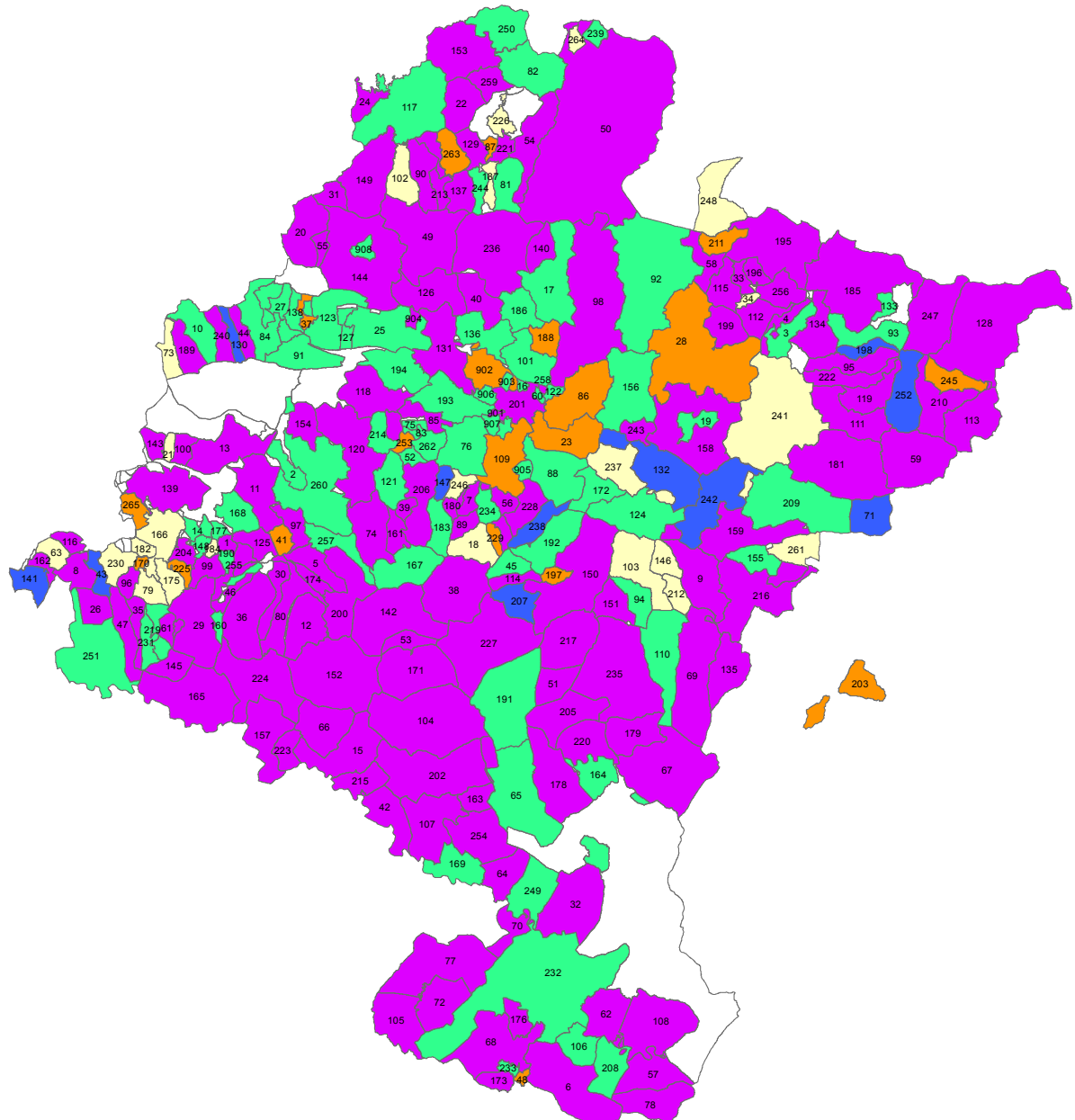
POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA							
	< 14	15-29	30-44	45-59	60-74	> 75	TOTAL
Hombres	51.263	51.952	83.382	67.387	42.890	24.195	321.069
Mujeres	48.654	49.754	77.026	64.624	45.097	37.489	322.644
							643.713

Fuente: avance del padrón a 1 de enero 2012. Datos provisionales. Instituto Nacional de Estadística. INE



**Gobierno
de Navarra**

Tasa de crecimiento anual



Tasa de crecimiento

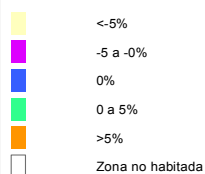
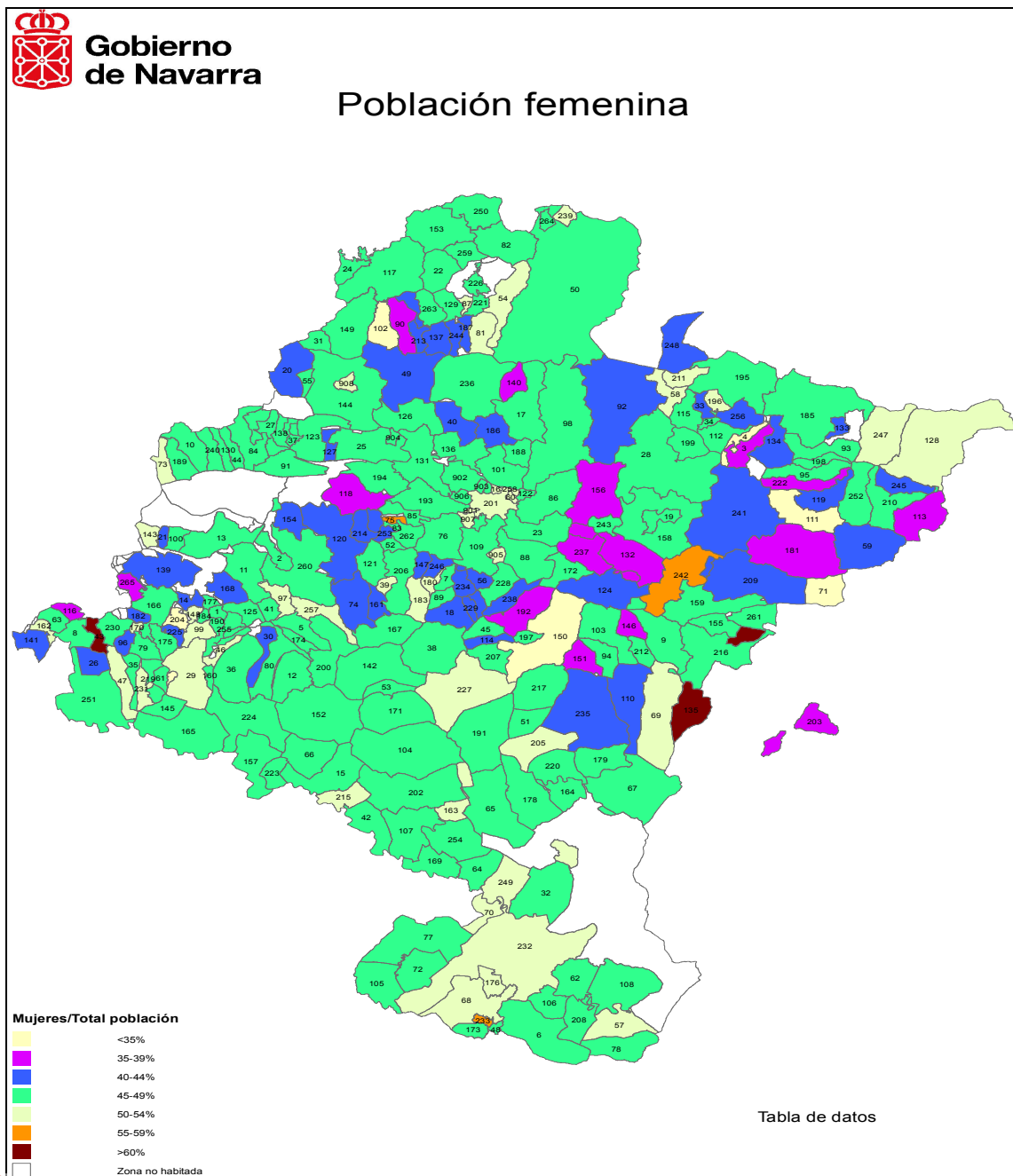


Tabla de datos

Información: <http://www.navarra.es/GN.Instituto-estadistica.Web/informacionestadistica.aspx?R=1&E>

3.4.3. Distribución de la población por sexo

El 50,2% de la población empadronada en Navarra son mujeres y 49,85 varones. Existiendo un equilibrio por sexos en las poblaciones de más de 3.000 habitantes, donde la media son 50,2% de la población son varones y el 49,8% son mujeres. En municipios de menos de 500 habitantes donde se observan algunas diferencias, el 54,5% son varones y el 45,5% son mujeres. Hay municipio con proporciones mayores de hombres como Castillonuevo (75,0%), Abaurrepea/Abaurrea Baja (68,4%) y Ezkurra (66,9%). También hay municipios con un mayor porcentaje de mujeres son Javier (64,3%), Azuelo (60,5%) y Tulebras (58,6%). En estos pueblos predominan monasterios de religiosas (Javier, Tulebras). La población masculina se calcula como la relación porcentual entre la población de varones empadronados en un municipio y la población total de dicho municipio. Este mapa lo presentamos en anexos. La población femenina se calcula del mismo modo teniendo en cuenta la población de mujeres.





**Gobierno
de Navarra**

Población masculina

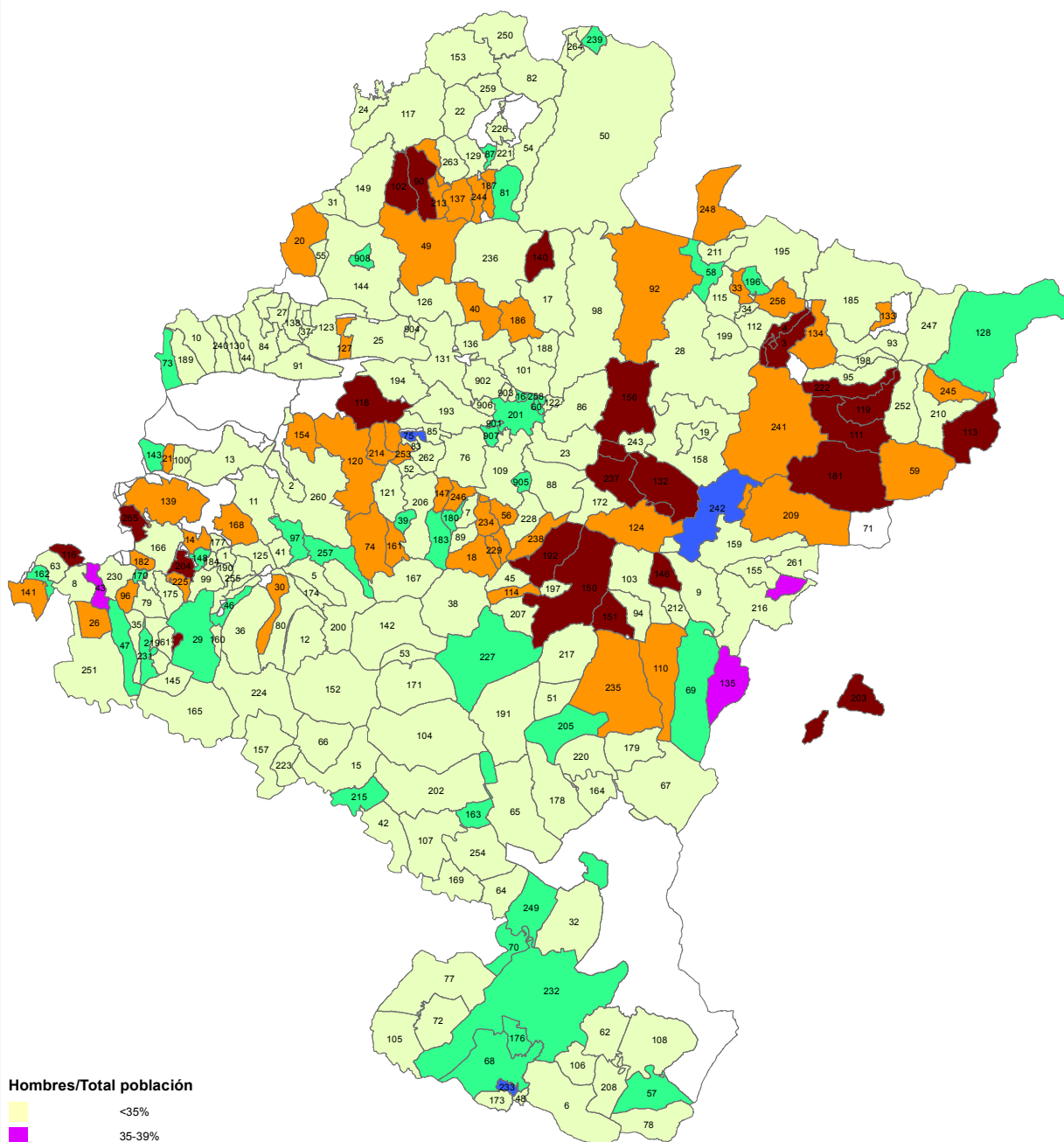
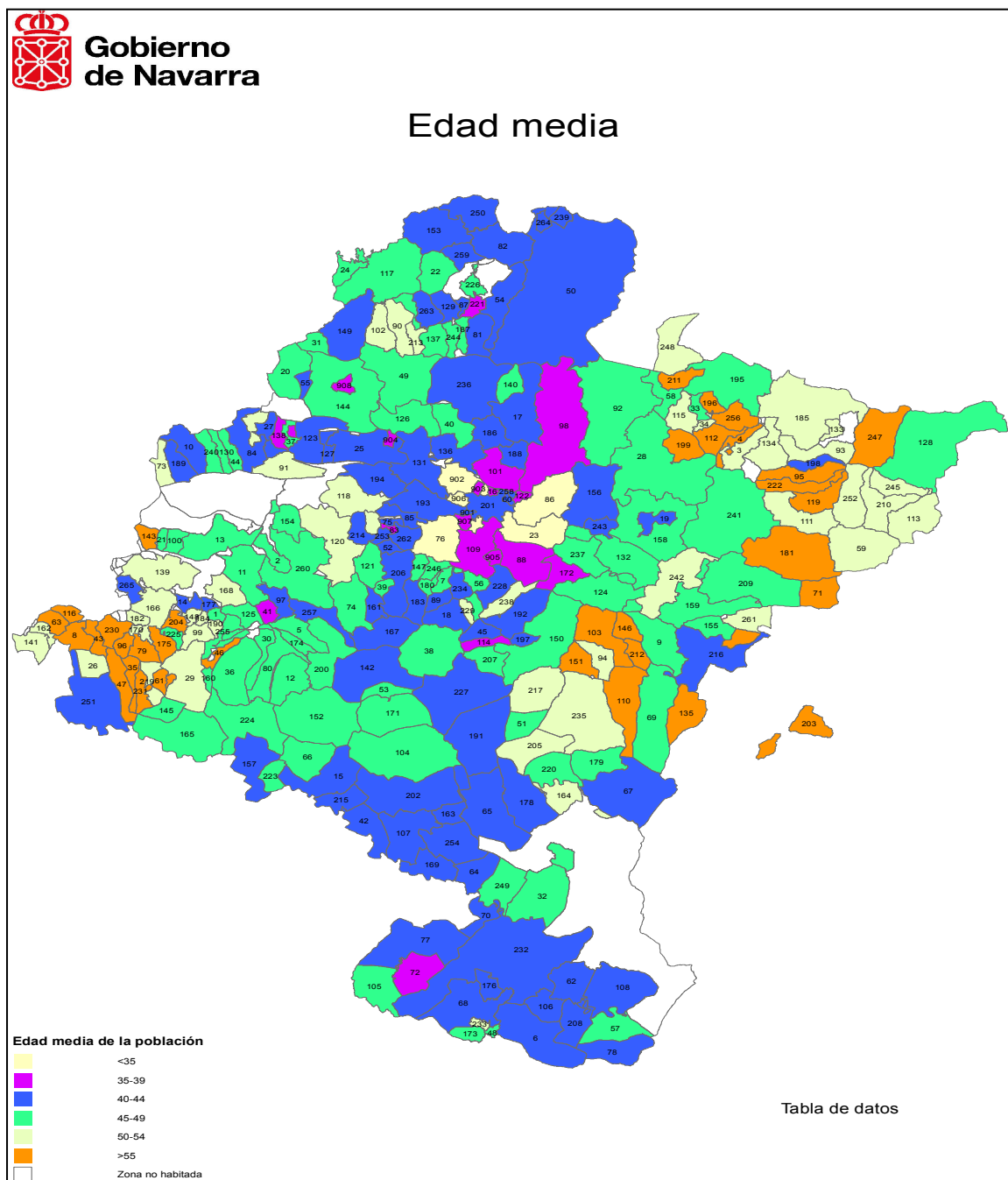


Tabla de datos

3.4.4. Distribución de la población por edad

La edad media de la población empadronada en Navarra es de 42,0 años. Hay municipios que presenta la edad media más elevada y son Castillonuevo (74,4 años), Armañanzas (66,9 años) y Azuelo (66,7 años). Hay municipios con la menor edad que son Egües (31,0 años), Berrioplano/Berriobeti (32,7 años) y Cizur (32,9 años). La edad media de la población de Pamplona/Iruña es algo superior a la media de Navarra, 43,5 años. La de Tudela es de 41,1 años, la de Barañain de 40,8 años y la de Burlada/Burlata es de 41,0 años. En los municipios de menos de 500 habitantes es de 50,5 años, disminuyendo en los municipios entre 500 y 3.000 habitantes que es de 44,6 años y más bajo todavía en los municipios entre 3.000 y 10.000 habitantes que es de 40,1 años. La edad media se calcula como la media aritmética de las edades de los habitantes de un municipio.

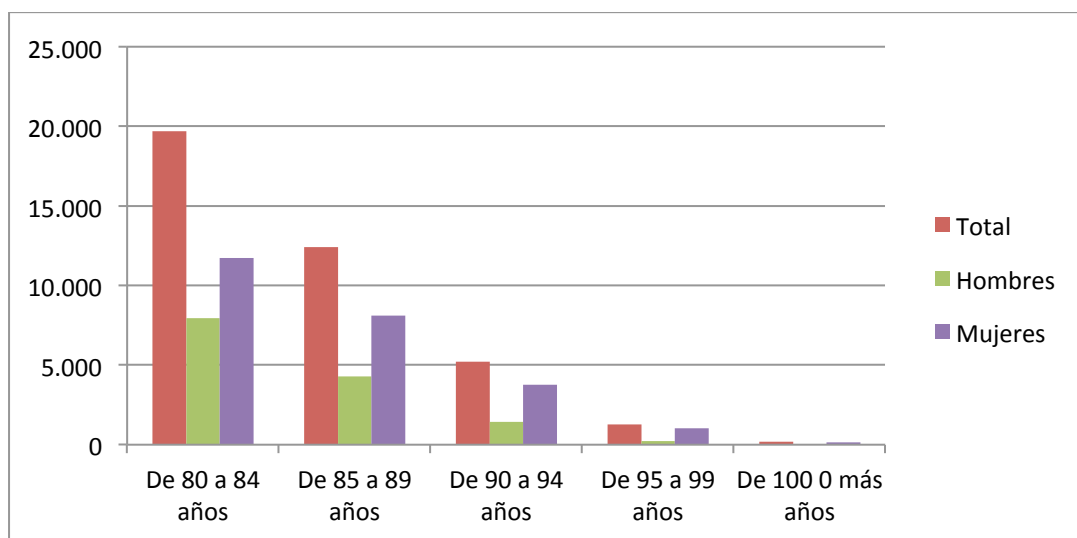


3.4.4.1. La población de 80 y más años

La población empadronada en Navarra de 80 y más años es de un 6,0%. Hay municipios como Echarri que no tiene población de esta edad. Otros que tienen poco porcentaje de población mayor que son Egües (0,8%), Berrioplano/Berriobeti (1,2%) y Orkien (1,3%). Los municipios con un porcentaje de población mayor de 79 años son Javier (34,8%), Armañanzas (33,9%) y Azuelo (31,6%).

En los municipio de más población el porcentaje de mayores de 79 años no alcanza un 7,0%; en Pamplona /Iruña es de 6,6%, en Tudela de 5,4%, en Barañain de 3,0% y en Burlada/Burlata de 4,4%. En los 150 municipios de menos de 500 habitantes, de 79 años el porcentaje de media es de 12,1% y éste disminuye en los 85 municipios que tienen 500 a 3.000 habitantes, siendo de 8,0%. Y, aún disminuye más, en los 27 municipios que tienen población entre 3.000 y 10.000 habitantes, que es de 5,5%. La población mayor de 60 años en navarra supone un 24% de la población en el año 2014 y durante el 2022 será de 26 %, con lo que se ve un aumento del 2 %, manteniéndose un 10% más de mujeres que hombres, tanto en 2014 como en 2022.

La población anciana se calcula como la relación porcentual entre la población de 80 y más años empadronada en un municipio y la población total de dicho municipio.



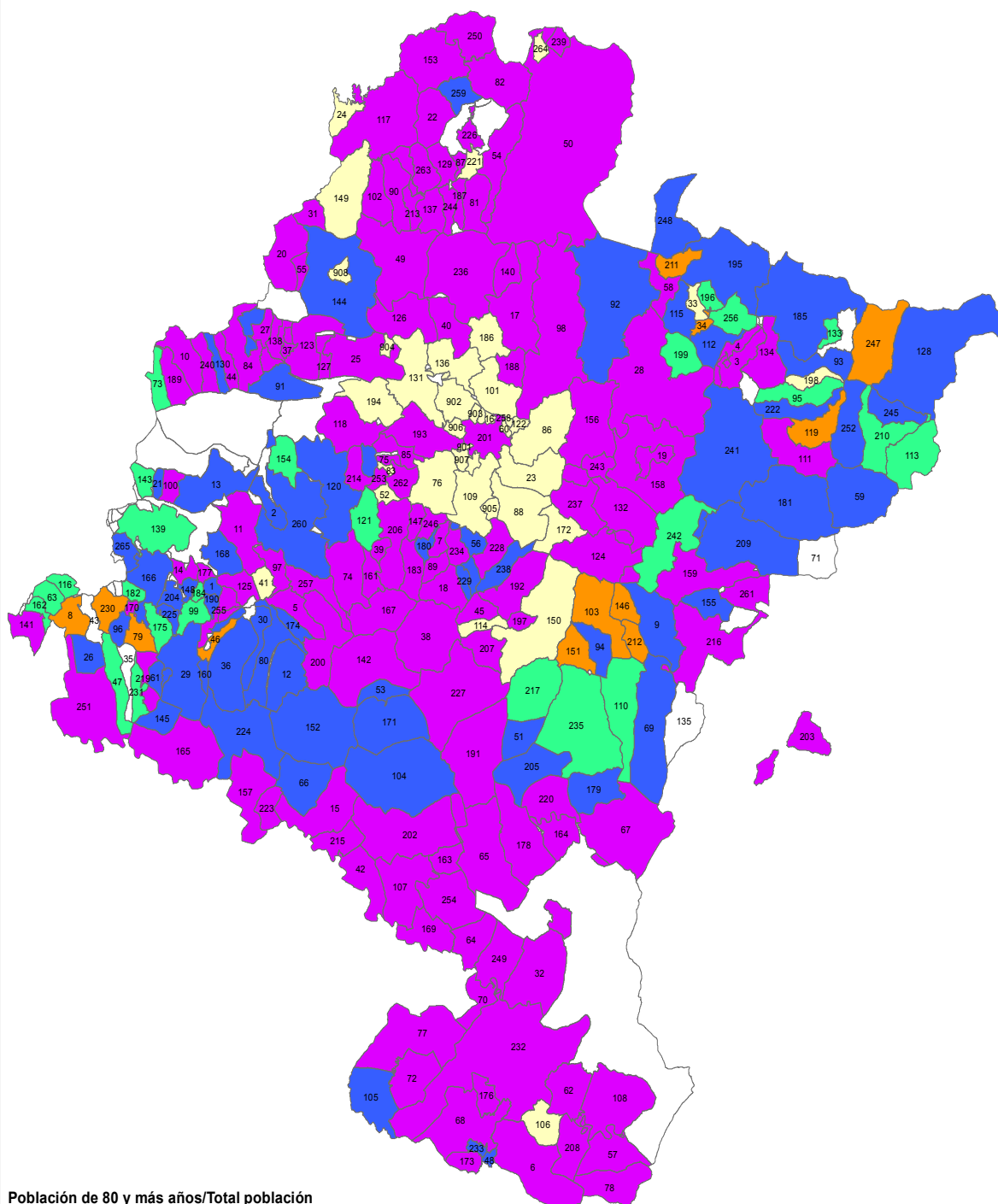
Tramo de edad	Total	Hombres	Mujeres
De 80 a 84 años	19.687	7.960	11.727
De 85 a 89 años	12.414	4.301	8.113
De 90 a 94 años	5.210	1.445	3.765
De 95 a 99 años	1.256	243	1.013
De 100 0 más años	181	32	149
TOTAL	38.748	13.981	24.767

Tenemos en total 38.748 personas mayores de 80 años. De ellos 13.981 (36,08%) son hombres y 24.767 (63,92%) son mujeres. Vemos que es casi el doble de mujeres que hombres. También podemos observar, que hay 149 mujeres frente a 32 hombres de 100 años o más. Veamos el mapa:



**Gobierno
de Navarra**

Población de 80 y más años



Población de 80 y más años/Total población

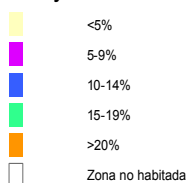


Tabla de datos

3.4.5. Distribución de la población por nacionalidades

Población extranjera en la comunidad foral Navarra. Nos interesa la población extranjera empadronada en Navarra, ya que son los que cuidan a las personas mayores y a los dependientes. Vamos a enumerarla por nacionalidades. La población de nacionalidad extranjera empadronada en Navarra supone un 10,5% de la población total. Hay municipios en Navarra que no tienen ninguna persona empadronada de nacionalidad extranjera: Abaurregaina/Abaurrea Alta, Abaurrepea/abaurrea Baja, Aguilar de Codés, Arano, Armañanzas, Azuelo, Castillonuevo, Aratsun, Espronceda, Ezprogui, Gallués/Galoze, Izalzu/Itzaltzu, Lantz, Morentin, Oco, Olejua, Orbara, Oronz/Orontze, Piedramillera, Sarriés/Satze, Urzainqui/Urzainki, Uztárroz/Uztarroze y Vidángoz/Bidankoze. Los municipios con mayor población extranjera son Zuñiga (37,9%), Sorlada (32,8%) y Castejón (23,6%). Los municipios con menor proporción de extranjeros empadronados son Lezaun e Ibargoiti con 0,4% y Orbaizeta con un 0,5%. Pamplona/Iruña tiene un 11,9% de su población empadronada es de nacionalidad extranjera, Tudela un 14,9%, Barañain un 11,5%, Egüés con un 6,4% y Burlada/Burlata con un 11,0%.

La población de nacionalidad extranjera se calcula como el cociente porcentual entre la población que tiene nacionalidad distinta a la española empadronada en un municipio respecto del total de población de dicho municipio.

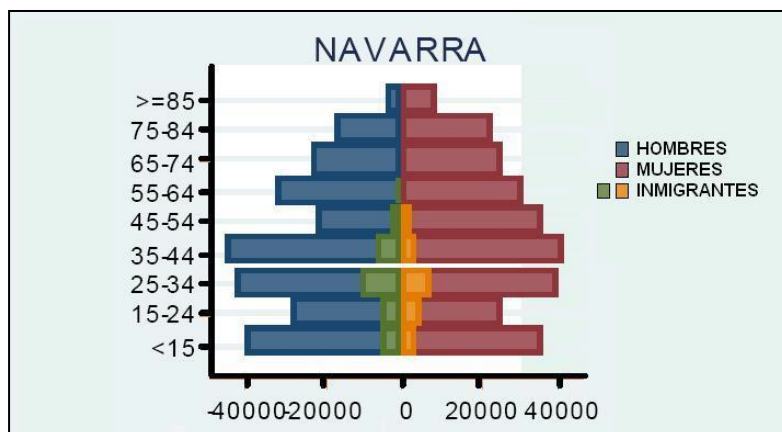
En los años 90 la inmigración era de baja cualificación y estuvo marcada por la llamada la inmigración del “ladrillo”. Lo que nos llevó a una gran intensidad de flujo migratorio, que en esta década era de entre 1 y 2 por cada 100 habitantes. Ello trajo consigo un gran número de flujo ilegal de inmigrantes, sobre todo africanos (Laparra, 2009).

Navarra presenta un mayor potencial y se constituían en zonas asentamientos más definitivos: una mayor diversidad productiva, donde el tejido industria era fuerte y se facilitaba la movilidad laboral. Navarra está en el 2009 ligeramente por debajo de la media estatal en cuanto a extranjeros con un 11,2% y por encima de los extranjeros extracomunitarios en un 7,6 %. En Navarra el flujo migratorio ha permanecido constante, entre 5.000 a 7.000 durante estas décadas y ha venido a ser un elemento estructural de nuestra Comunidad Foral.

Desde el año 2000, el total de la población de Navarra se incrementa en 75.357 personas. Tres cuartas partes de ella, se debe a la población extranjera, sobre todo extracomunitarios, los cuales crecen en 38.000 personas en 8 años. En el 2008 llegan a 44.400 personas. Hemos pasado de una proporción de extranjeros del 1,7 % en el año 2000, a una de 11,2% en el 2009. Aun así, es similar al resto del Estado. Como veremos más adelante, el flujo de inmigrantes, primero ha sido de África, luego América Latina y más recientes los de la Europa del Este.

Y, con ello, ha aumentado las reagrupaciones familiares, tanto legales como ilegales. Esta reagrupación llega a una familia ya integrada laboral y residencialmente. Los países que tienen en Navarra un mayor colectivo que el Estado son: Argelia, que es 4 veces mayor en Navarra (21 4,9%), Bulgaria (8,8%), Portugal (8,3%). La población mayor es la ecuatoriana con el 15,8%, lo que es el doble que en el Estado. La población rumana es de 8,6%, siendo este colectivo mayor en el Estado (14,4%). El número de Hijos e hijas por mujer, según el Instituto de Estadística de Navarra del 2007, se sitúa en el 1,48, mayor que el del Estado con el 1,39 hijas/os por mujer, en los últimos 25 años. Este aumento se debe a la aportación de las madres extranjeras.

El Índice Sintético de Fecundidad (ISF) es un punto mayor en las mujeres extranjeras (2,3 hijas/os por mujer) que las autóctonas, las de aquí, que son 1,3. Los nacimientos de madres extranjeras se ha incrementado en los últimos años pasando del 5,9% en el año 2000; 19,5% en el 2007, siendo un 0,6 puntos porcentual por encima de la media estatal. Además, las mujeres extranjeras aportan la descendencia de su origen, lo que supone la recuperación de cohortes de poblaciones anteriores al propio proceso migratorio (Andueza, 2009).



1. Población extranjera de nacionalidad africana El 26,5% de la población extranjera empadronada en Navarra procede de África. Castejón, Funes, Fitero y Falces son algunos de los municipios en los que más del 70% de la población extranjera tiene nacionalidad africana. Otros como Cintruénigo, Villafranca y San Adrián donde residen entre un 50 y 70% del total de extranjeros de esta nacionalidad africana. En 45,6% del total de municipios de Navarra no reside ninguna persona de nacionalidad africana. En Pamplona/Iruña el 15,1% del total de extranjeros son de nacionalidad africana, lo mismo que en Tudela con un 42,8%, en Barañain con un 9,9%, en Egües con 21,1% y en Burlada/Burlata el 20,2%.

2. Población extranjera de nacionalidad europea La población extranjera de nacionalidad europea en Navarra es de 40,6% de la población extranjera. En municipios como Aoiz, Lekumberri y Obanos entre otros, más del 70% de la población extranjera es europea. En el 18,4% del total de municipios de Navarra no hay empadronados ninguna persona procedente de un país europeo. Y en un 10,3% de los 272 municipios toda la población extranjera es procedente es de nacionalidad europea, no obstante, hay que señalar que estos municipios tienen menos de 30 habitantes.

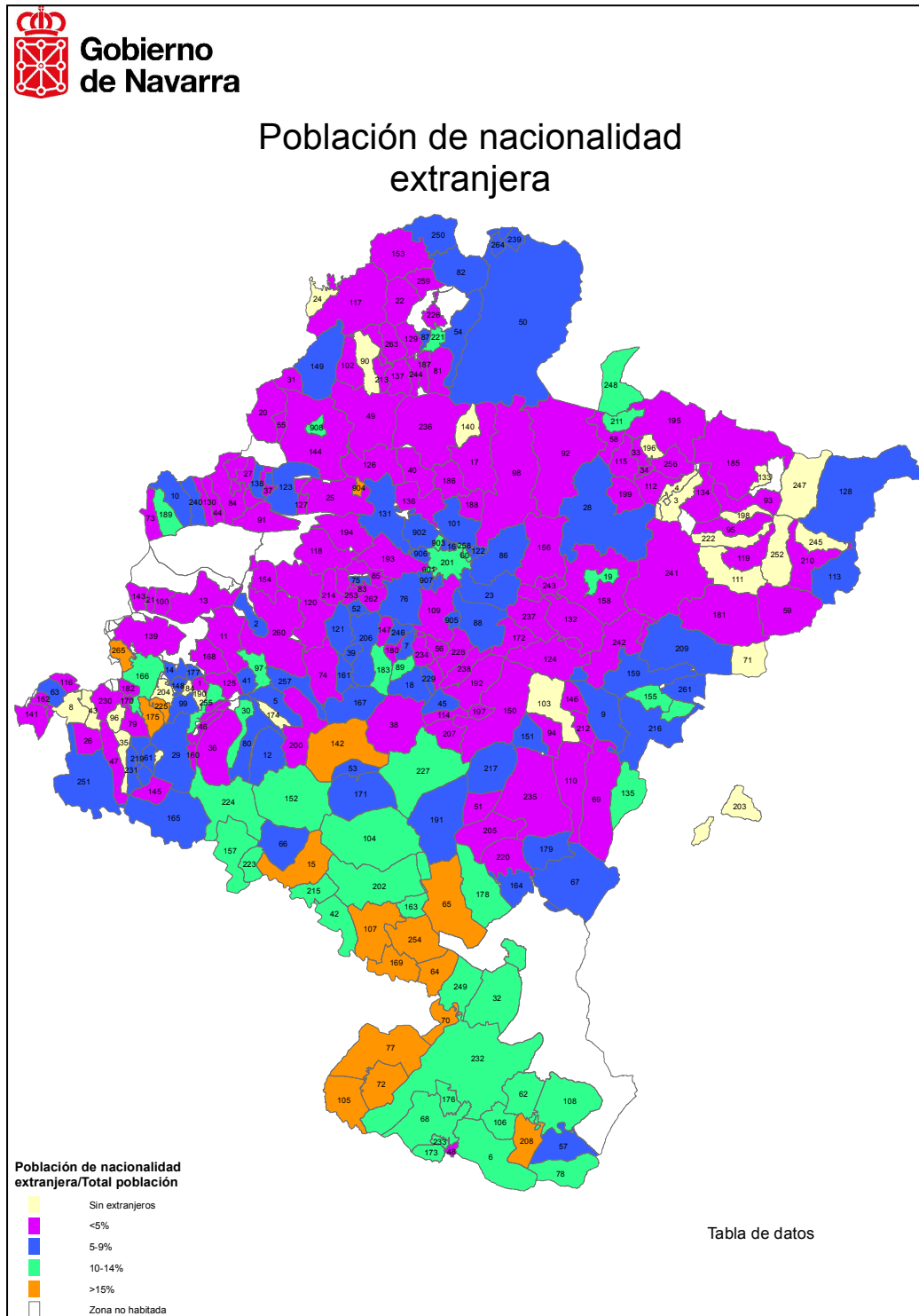
En los municipios de más población, los extranjeros europeos son la nacionalidad mayoritaria. En Pamplona/Iruña la población extranjera europea es de 43,1% del total de extranjeros, en Barañain es del 54,3%, en Egües es del 50,4% mientras que en Burlada/Burlata desciende al 38,5% y en Tudela es del 23,2%, no siendo la nacionalidad con mayor número de población extranjera.

3. La población extranjera de nacionalidad oceánica. La población procedente de Oceanía empadronada en Navarra es minoritaria,. Sólo en cuatro municipios hay presencia de población extranjera de este continente: Pitillas (4,2%), Egües (0,2%), Pamplona (0,1%) y Burlada (0,1%)

4. Población extranjera de nacionalidad asiática El 3,5% de la población extranjera tiene nacionalidad asiática. En 77,2% de los municipios de Navarra no hay personas empadronadas procedentes de los países asiáticos. Hay en Viana (14,3%), Cizur (13,3%) y Los Arcos (12,2%). En los cinco municipios con mayor habitantes como son Pamplona/Iruña, Tudela, Barañain, Egües y Burlada/Burlata, el porcentaje de asiáticos no supera el 6%.

5. Población extranjera de nacionalidad americana El 29,4% de la población extranjera empadronada en Navarra procede de algún país de América. Los de mayor población de extranjeros americanos son localidades con menos de 20 habitantes como Anue y Améscoa Baja. En el 23,5% del total de municipios no reside ninguna persona de procedencia americana. En Pamplona/Iruña el 36,5% de la población extranjera tiene nacionalidad americana. En Tudela el 31,9%, en Barañain el 31,9%, en Egües el 25,9% y en Burlada/Burlata es el 36,2%

Siempre he abogado porque los profesionales estemos preparados en otras culturas, ya que tenemos muchas personas en nuestra comunidad de otros países y, como he venido diciendo, sus enfermedades son más psico-sociales que físicas.



3.5. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD EN NAVARRA:

3.5.1. Determinantes sociodemográficos

3.5.1.1. Estructura de Población

La población de Navarra a 1 de enero de 2013 es de 644.477 habitantes, la cual ha descendido en los últimos diez años. Con respecto a 2001, la tasa de crecimiento anual es de un 1,3 %. Esta tasa anual ha ido decreciendo progresivamente desde un 1,5 de 2003 hasta el - 0,01 de 2013. Esto como sabemos, ha sido por la espantada de la población extranjera por la crisis actual.

Por lo que la pirámide de población muestra unas salidas a Rumania, Portugal y Marruecos son de personas que retornan a su país de origen estructura regresiva, con la base más estrecha que el cuerpo y con un porcentaje de personas mayores muy grande. En 2013, el 18,2 % de la población tienen 65 y más años, aumentando la dependencia y descendiendo la población activa. Siendo el crecimiento natural de la población en los últimos diez años de 1.355 en 2012 y 813 personas en 2002. Hay un descenso desde el 2010. El índice de masculinidad es de 99, %.

Población a 1 de enero de 2014						
	NAVARRA		ESPAÑA		UE28	
	Total	Var	Total	Var	Total	Var
Estructura de población						
Ambos sexos	640.790	-0,6%	46.771.341	-0,8%	506.913.394	0,2%
Hombres	318.486	-0,8%	22.985.676	-0,9%	248.387.563	0,8%
Mujeres	322.304	-0,4%	23.785.665	-0,6%	258.525.831	0,0%
Movimiento natural de la población (Datos año 2013)						
Nacimientos	6.075	-9,7%	425.715	-6,4%	5231177 ⁽¹⁾	-0,7%
Matrimonios	2.123	-6,2%	156.446	-7,2%	2.203.915 ⁽²⁾	-2,4%
Defunciones	5.323	-1,0%	390.419	-3,1%	5010033 ⁽³⁾	2,9%

(1) y (3) Datos del año 2012 / (2) Datos del año 2010 de la UE27

3.5.1.2. Inmigraciones y emigraciones

Variaciones de residencia internacionales: la población extranjera aumentó progresivamente hasta el 2009, donde se estabiliza y comienza a descender en el 2011. En el 2013 hay en Navarra 67.892 extranjeros residentes, lo que representa un 10,5% de la población total. La población adulta está entre 25 y 45 años, con un predominio masculino 1,1. Los inmigrantes proceden: 28 % de América del Sur, un 28% de Europa del Este y un 27% de África siendo en total un 83% de la población emigrante.

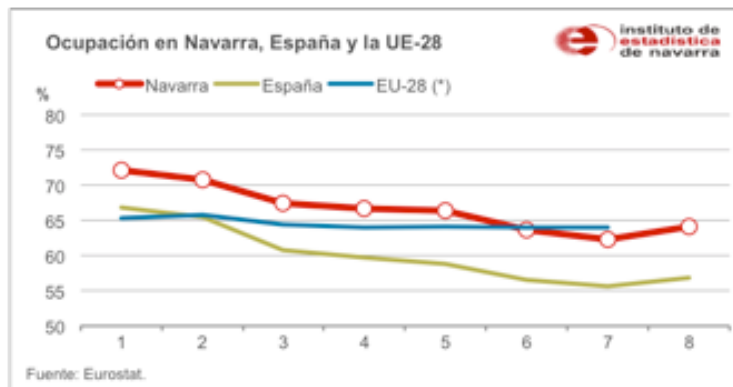
Pero el 85,5% de las personas que salen de Navarra son de nacionalidad extranjeras que vuelven a su país de origen. En 2002 la proporción entre emigraciones e inmigraciones era de 30% versus 70%, en 2012 es de 58 % versus 42%. Desde el 2012 las variaciones por baja superan a las altas. Las bajas tienen como destino Ecuador (23,6%). Más del 80% de los movimientos con destino a Reino Unido, Alemania, Francia y Noruega son de personas de nacionalidad española.

3.5.1.3. Movimientos de la población

El número de nacimientos y la tasa bruta de natalidad desde el 2004, muestra un crecimiento progresivo hasta 2008 y una disminución desde esa fecha hasta la actualidad. Hasta el 2010 desciende la tasa bruta de mortalidad. En 2012 crece ligeramente.

3.5.1.4. Proyección de población

El Instituto de Estadística desde el 2008, hace proyecciones anuales por comunidades de la evolución demográfica más reciente. Vamos a ver algunas a continuación.



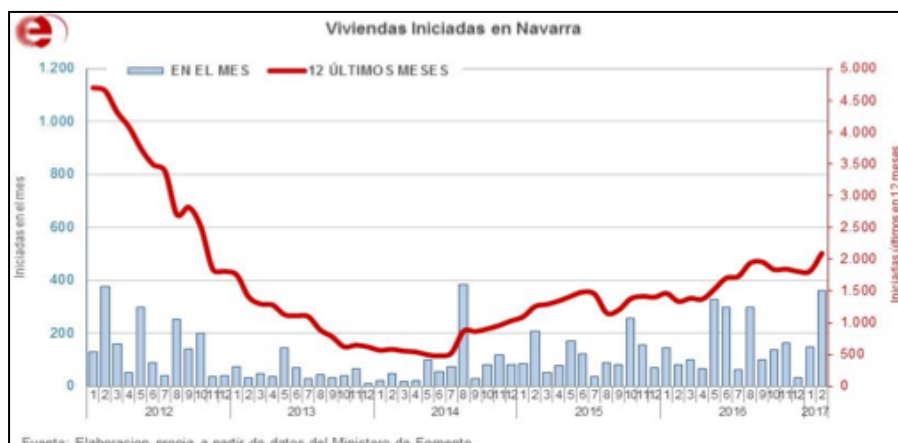
3.5.2. Determinantes socioeconómicos

3.5.2.1. Nivel educativo

En 1997 aumenta la población con estudios superiores y disminuye el porcentaje de población con estudios inferiores a la enseñanza obligatoria. El nivel de educación Secundaria es de 62,5%, siendo superior que la del Estado (52,9%), pero inferior a la Unión Europea y OCDE. En el 2012 Navarra tiene el índice de abandono escolar temprano menor de España, con un porcentaje del 13,3% (16,9% en hombres y 9,8% en mujeres), que disminuyó respecto a 2008 que era de 19,2. Es inferior que la media española (24,9%), pero está por debajo de la media de la Unión Europea (13,5% en 2011).

3.5.2.2. Vivienda

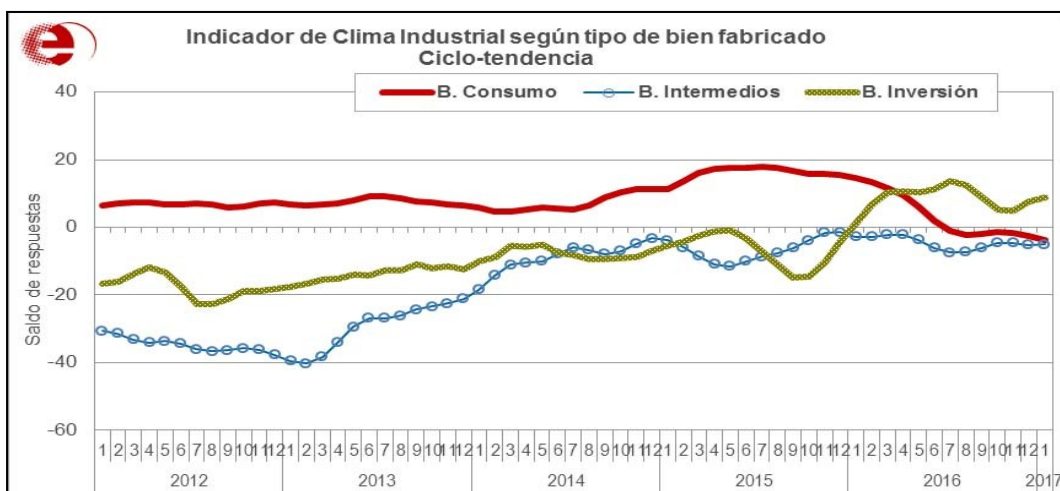
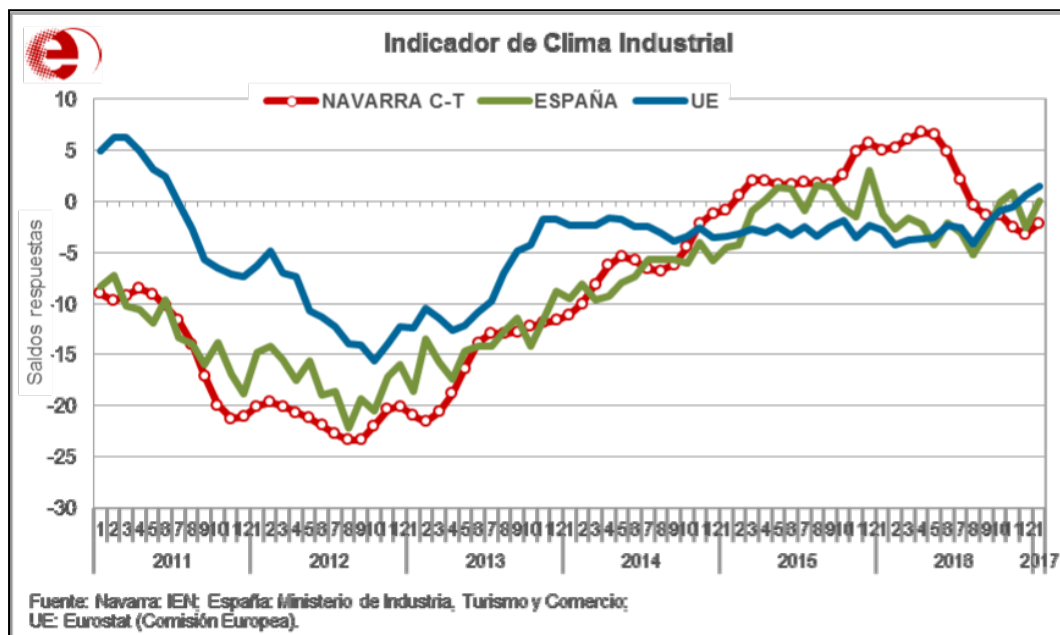
En Navarra el porcentaje que tienen problemas con la vivienda es muy bajo, según la Encuesta Nacional de salud 2011-2012 (ENS 2011/12). Lo que más molesta son los animales domésticos expresado en 10,8 % de la población.



Ya sabemos que las personas mayores suelen tener bastantes animales domésticos como compañía. Los datos de la encuesta de condiciones de vida (ECV) de la composición de los hogares en 2012 realizada por el Instituto de Estadística de Navarra (IEN) señalan que el modelo de hogar que predomina es el de parejas sin hijos dependientes (27,9 %), seguido por las parejas con hijos dependientes (27,4 %) y por hogares unipersonales (20,6 %). Ya sabemos, que las personas mayores viven muchas solas en sus viviendas y con nadie que le apoye. Lo que es un problema tremendo con la dependencia y la falta de autonomía.

3.5.2.3. Producto interior bruto (PIB)

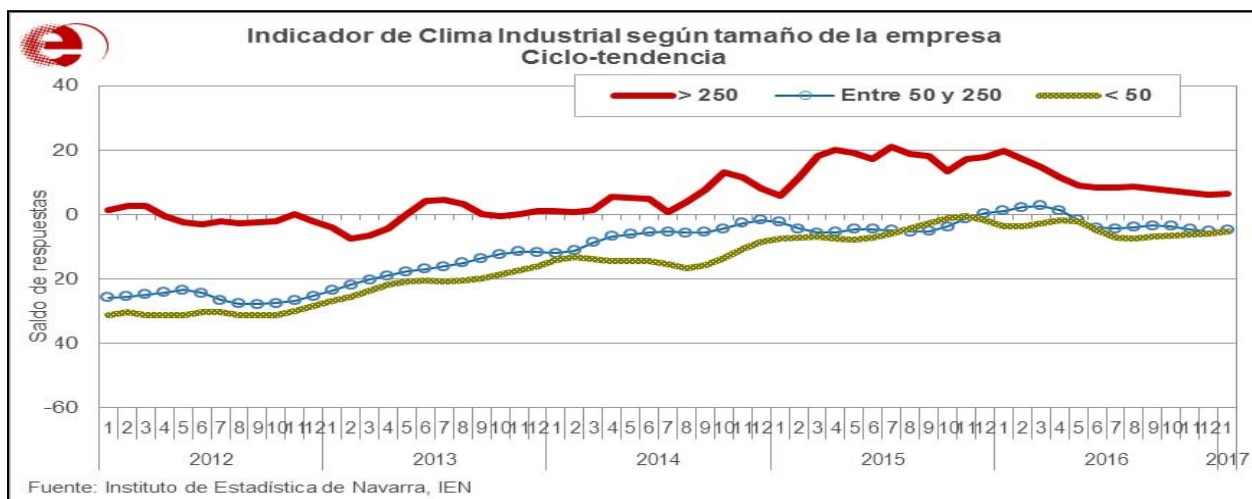
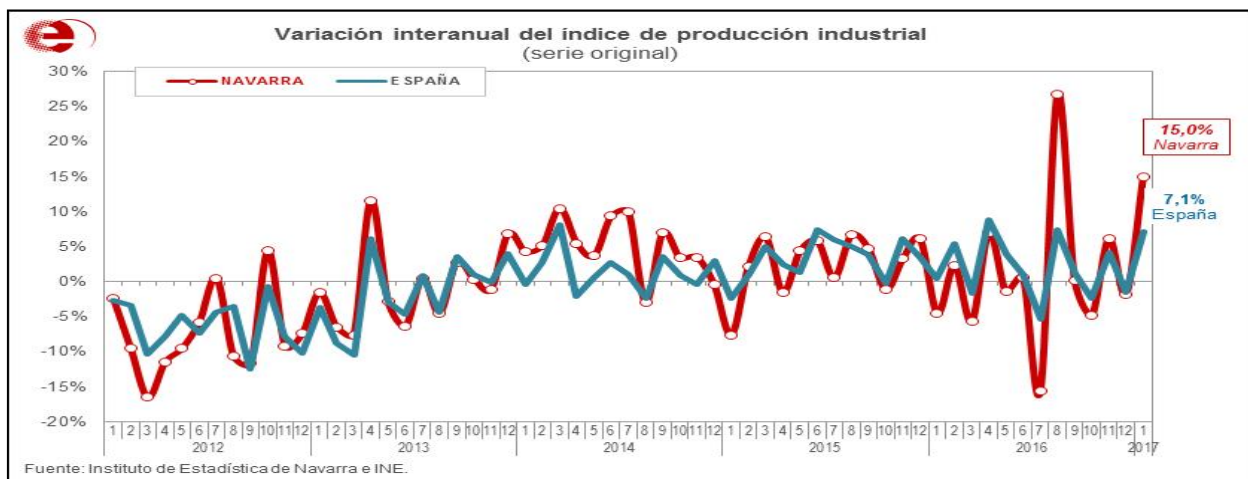
La crisis en 2007 ha alterado el crecimiento que desde el siglo XXI se caracterizó por una tasa de crecimiento anual en torno al 3-4%. En 2009 entró en decrecimiento ya a partir de entonces se va recuperando muy lentamente. El PIB per cápita en 2012 es de 29.071 €, representando el 127,7% de la media de España y el 114,0% de la media europea (UE-27). El Índice de desarrollo humano de la OMS, un índice sintético que engloba aspectos de salud, educación y nivel de riqueza, era en Navarra en 2010 de 0,918; en España de 0,871. En el Ranking de las CCAA, Navarra ocupa el tercer lugar mientras que España ocupa el 16 en el ranking mundial de países.

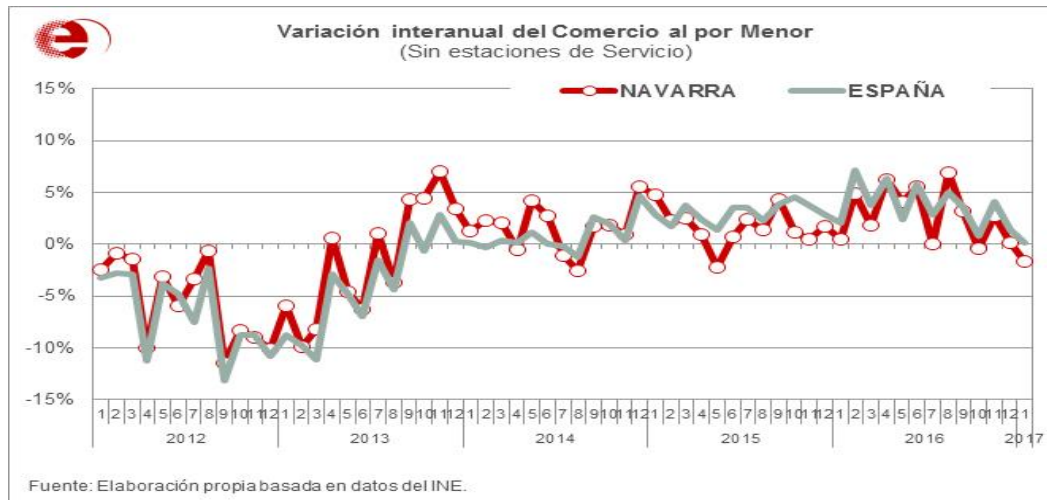


3.5.2.4. Trabajo y condiciones laborales

En las Encuestas de Población Activa de Navarra, la mayor parte de la población trabaja en el sector servicios observándose una clara diferencia entre mujeres donde alcanza el 83% frente al 64% en varones. Estos trabajan más en la industria, construcción y agricultura. En el 2013 la tasa del paro en Navarra tanto en hombres como en mujeres es del 18% , que se ha incrementado desde el 2007 hasta hoy. El nivel de satisfacción con su trabajo, tanto en hombres como en mujeres, en la valoración de Navarra en el ENS 2011/12 es de 5 en una escala de 1 a 7, siendo 1 (nada satisfecho) y 7 (muy satisfecho). En 2010 la Encuesta de Calidad de Vida en el trabajo una cuarta parte de los trabajadores tienen niveles altos de estrés y rutina.

Periodo	Tasa Actividad (15 a 64 años)			Tasa Paro (15 a 64 años)			Tasa Empleo (15 a 64 años)		
	Navarra	España	EU-28 (*)	Navarra	España	EU-28 (*)	Navarra	España	EU-28 (*)
2007	75,8	72,8	70,4	4,8	8,3	7,2	72,2	66,8	65,3
2008	75,9	73,8	70,7	6,9	11,3	7,1	70,7	65,4	65,8
	Tasa Actividad (15 a 64 años)			Tasa Paro (15 a 64 años)			Tasa Empleo (15 a 64 años)		



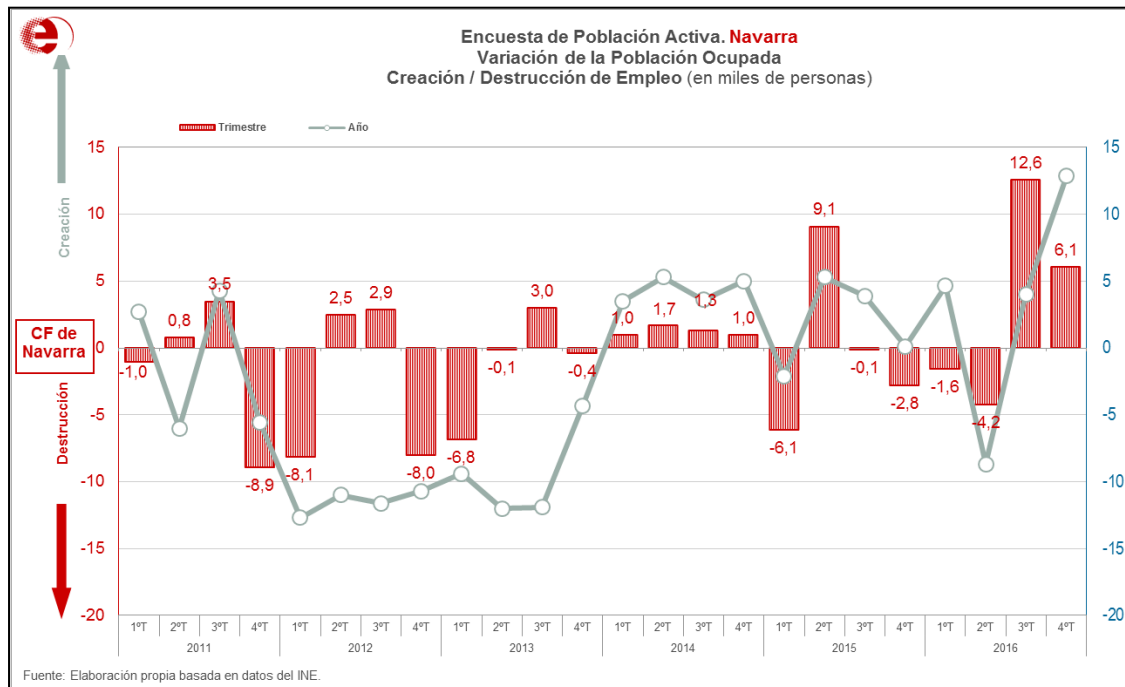
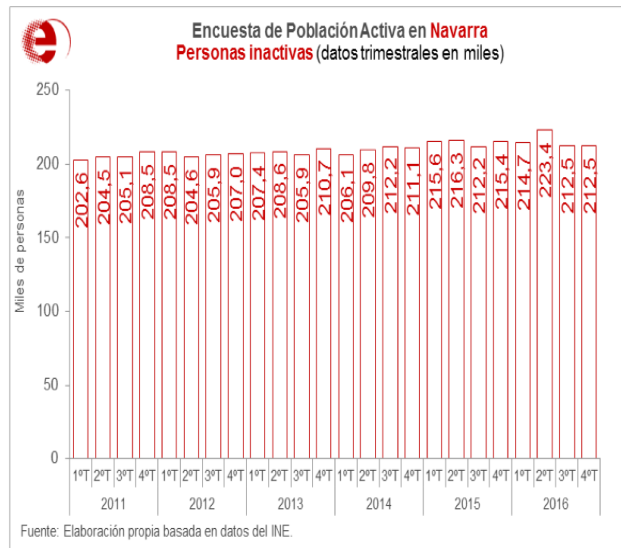
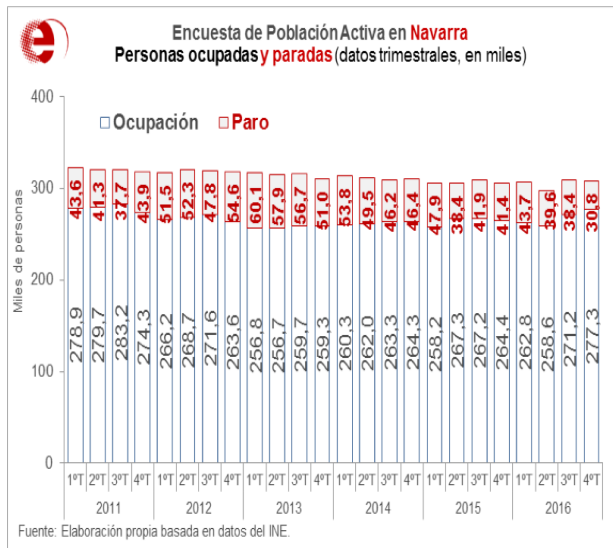


3.5.2.5. Desigualdades

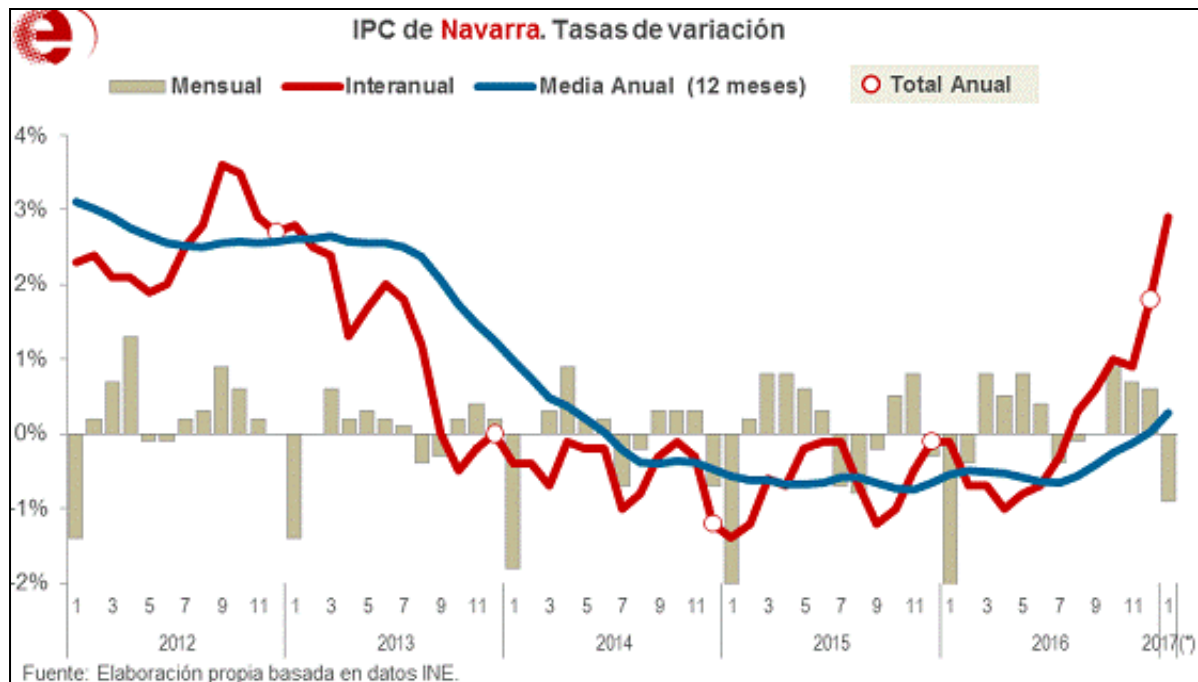
En 2005 la situación de los hogares de la población Navarra se clasificaba en un nivel medio o alto económicamente, ha ido empeorando y en 2012 se sitúa a un nivel del 56,6 % al 70,3% del 2005, según la Encuesta de Condiciones de Vida de Navarra. El Índice GINI que mide la desigualdad de Navarra (0 es equidad absoluta y 100 desigualdad total). En 2012 fue de 29,62 muy similar a la de la Unión Europea -27 que fue de 30,4 e inferior al de España que fue de 35.

El umbral de la pobreza es el 60 % de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo y nos permite determinar la tasa de población de pobreza que es el porcentaje de población que vive por debajo del umbral de pobreza. En España en 2012 fue de 18,8 %, observándose unas tasas mayores en los mayores de 65 años (17,3%). En Navarra la tasa de población de riesgo de pobreza se reduce al 9,9 % frente al 20,4 % del conjunto del Estado, siendo la CCAA donde es menor.

En la Encuesta de estructura salarial de 2011, sigue habiendo diferencia entre ambos sexos tanto en la ganancia media anual como en la ganancia por hora normal de trabajo junto a marcadas diferencias de ingresos según el tipo de contrato o el tipo de ocupación. En Navarra la conciliación de la vida laboral y familiar, según la Encuesta Social Monográfica de 2008, sigue habiendo una marcada diferencia por sexos a la hora de realizar las tareas del hogar, siendo siempre **la mujer** la que se encarga **del cuidado de los hijos y de las personas mayores de su familia** y a las que le cuesta mayor esfuerzo conciliar la vida laboral y familiar.



Aun así, en Navarra según el informe sobre desigualdad, pobreza y exclusión social respecto al impacto de la crisis 2007-2011, existía una gran cohesión social y un tejido productivo más cualificado y diverso que en otras CCAA. Pero las incidencias negativas en los sectores inferiores de la estructura social están produciendo: A) La pobreza extrema se ha duplicado en Navarra en estos años, alcanzando un 4,4% en 2010. B) El número de hogares sin ingresos se ha duplicado en el periodo 2007-2011, situando a Navarra, con el 2,9% de los hogares sin ingresos. C) La tasa de desempleo se ha duplicado y afecta al 30% de las personas inmigrantes. D) Ha aumentado el porcentaje de personas que trabajan en puestos no cualificados. El impacto de la crisis en la situación económica de las personas mayores y sus efectos sobre la salud es un punto a tener en cuenta, ya que estamos ante un grupo de población de alto riesgo de salud.



3.5.3. Determinantes medioambientales

3.5.3.1. Calidad del aire

En la Directiva 2008/50/CE de la Unión Europea se recogen los valores de referencia para los diferentes contaminantes. Navarra dispone de cuatro estaciones fijas y dos móviles gestionadas por el servicio de Calidad Ambiental del Gobierno de Navarra y cuatro más privadas gestionadas por empresas contaminantes de la Red de Estaciones de Control de Calidad del Aire. En el 2007-2011 solo una vez se registró una superación del valor límite horario para el dióxido de azufre; 35 superaciones para el límite de partículas sólidas de PM10 en el año 2007; y para el ozono no se ha superado nunca el umbral de información y alerta.

3.5.3.2. Agua de consumo humano

El Real decreto 140/2003, de 7 de febrero recoge el cumplimiento de los requisitos del agua de consumo humano. La mancomunidad de las aguas del consumo humano lleva una mejora progresiva desde el 2001 al 2011 mejorando progresivamente los resultados tanto de los controles de calidad de agua servida como de la del consumo humano.

3.5.3.3. Aguas residuales

En Navarra desde el 2011 la cobertura de tratamiento de las aguas residuales en las poblaciones de más de 2.000 habitantes es del 100%. El objetivo es que en núcleos de 250 habitantes tengan el mismo tratamiento. En este año 2011 existían un total de 100 instalaciones de tratamiento de aguas residuales gestionada por la empresa pública NILSA. En el año 2009, el volumen de agua residual tratado en Navarra fue de 0,611 m³ /hab. Y día, aproximadamente un 24,4% de las aguas residuales producidas al año.

3.5.3.4. Residuos sólidos urbanos e industriales

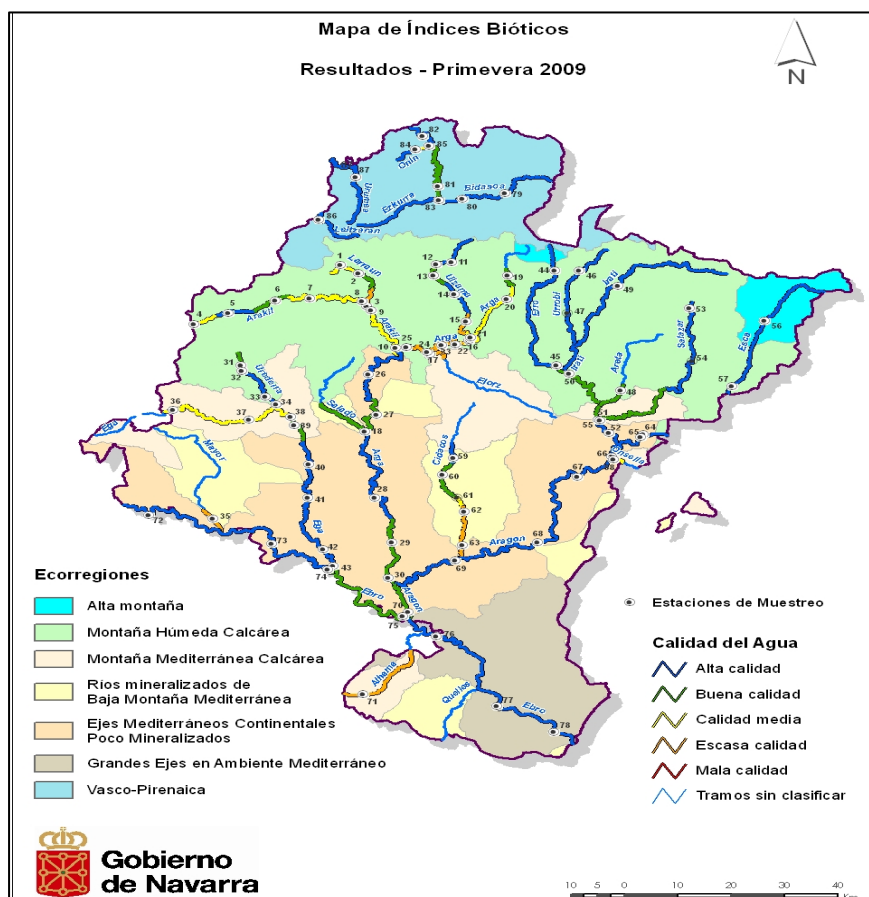
La cantidad de residuos urbanos generados en Navarra fue de 475 Kgs./hab frente a los 548 Kgs/hab y año en España. Y los 518 Kgs./ hab y año en la UE-27. Iba en aumento hasta que en 2009 comienza a bajar al 3% anual en Navarra y en la UE-27 y algo más acentuado en España. Esta producción tiende a disminuir, la gestión de los residuos urbanos en Navarra se realiza por un total de veinticuatro entidades, mancomunidades o ayuntamientos. Quedan activos: cuatro vertederos, tres plantas de compostaje, dos de tratamiento biológico y una de transferencia.

3.5.3.5. Seguridad alimentaria

Problemas emergentes. Desde 2001 ha ido disminuyendo los casos de toxiinfecciones alimentarias notificados en Navarra. En 2011 se registran 91 casos frente a los 525 del 2001. Disminuye la salmonelosis pero aumentan los casos producidos por campylobacter y listerias, bacterias emergentes también a nivel europeo, y por virus entéricos. Los brotes de toxiinfección aumentan en el ámbito doméstico y familiar y desciende en los colectivos. Hay un incremento de las alergias e intolerancias alimentarias. Existen redes de alerta a nivel mundial-INFOSSAN-, europeo-RASFF, estatal SCIRI y Navarra ha participado en 42 alertas en el año 2011.

3.5.3.6. Seguridad química

La política de prevención y control de productos químicos está coordinada por la Agencia Europea de sustancias y mezclas químicas (ECHA) y reguladas por reglamentos de la Unión Europea. El ISPLN participa en el Programa europeo de inspección del cumplimiento del Reglamento REACH (Registro, evaluación inspección y restricción de las sustancias químicas) y tiene un Registro de Servicios plaguicidas.



3.6. BIENESTAR SOCIAL EN NAVARRA EN RELACIÓN CON LA TERCERA EDAD

3.6.1. Equipo de Gobierno

A) El Consejo Navarro de Bienestar Social cuenta:

1. Presidente/a: Consejero/a del Departamento competente en materia de Servicios Sociales.
2. Secretario/a: Secretario/a general Técnico del Departamento competente en materia de Servicios Sociales
3. Mínimo 26 vocales: 5 Departamento competente; Director/a Gerente del Instituto Navarro para la Igualdad; 1 por cada uno de los Departamentos competentes en materia de vivienda, salud, empleo, educación y economía; 3 Entidades Locales, Directo/a Gerente de la Fundación Navarra para la Tutela de las Personas adultas, 4 organizaciones empresariales y sindicales más representativas; 3 de algunos Colegios Profesionales de Navarra; 1 de cada Consejo Sectorial; 1 por cada una de las Universidades de Navarra; 1 de entidades iniciativa privada de servicios.

Se reúnen anualmente y sus funciones son:

1. Informar con carácter preceptivo los proyectos normativos, los planes estratégicos de servicios sociales de Navarra, los planes sectoriales de ámbito general y los Planes de calidad.
2. Realizar el seguimiento de los planes estratégicos de los servicios sociales de Navarra, de los planes sectoriales de ámbito general, de los planes de calidad y de la cartera de servicios sociales de ámbito general.
3. Cualesquiera otras que le sean atribuidas reglamentariamente.

B) Área de Discapacidad-Tercera Edad en Estudios, Planificación y obras de las inversiones:

1. Publicación en la página Web del Departamento del Instrumento DESDE.
2. Elaboración fase diagnóstico del Plan de Promoción y Atención a las personas Mayores (2º Plan Gerontológico).
3. Recogida y Difusión de Indicadores del Plan Gerontológico.

Veamos algunas inversiones que hace Bienestar social por la tercera edad.

C) Área de Inversiones en Centros Propios de Tercera Edad

1. Prevención de Legionelosis	64.918, 61
2. Instalaciones y equipamiento en Residencia el Vergel	37.898, 42
TOTAL	112.455, 34

D) Transferencias a entidades locales para inversiones en Tercera Edad:

1. Ayuntamiento de Arbeiza- Centro Cívico	21.36 0,00
2. Ayuntamiento de Roncal- Centro Cívico	12.154, 72
3. Ayuntamiento de Valtierra – Centro Cívico	13.60 0,00
4. Residencia San Gregorio de Buñuel	6.980, 10
TOTAL	54.094, 82 €

E) Transferencias a instituciones sin fines de lucro para inversiones en Tercera Edad:

Residencia de Ancianos San José de Valtierra	1.251.932, 00
HH. De los Pobres- Residencia ancianos S. José de Aoiz	321.753, 64
Residencia Santa Teresa de Jormet de Gerendiain	221.828, 62
Residencia Fco J. Iriarte de Elizondo	111.571, 51
Fundación Carmen Bellido de Cortes	39.582, 94
Residencia Virgen de Jerusalén de Artajona	30.669, 75
Fundación Miguel Eza de Tudela	45.522, 27
Josefina Arregui de Alsasua	17.862, 09
TOTAL	2.040.722, 82 €

3.6.2. Recursos sociosanitarios

- 1. Ayudas técnicas/movilidad catalogo SNS:** Sillas de ruedas, cojín antiescaras, andadores, muletas, fajas (informe médico familia) prótesis, oxígeno domicilio (especialista). Préstamo camas articuladas (psicogeriátrico). Préstamo material en stock centro de salud Concesión: SNS. Tramitación: Centro Salud. No sujetas a baremo económico catalogo
- 2. Reconocimiento de minusvalía:** Reconocimiento de minusvalía: 33%. Debe pasar Unidad de valoración. Beneficios fiscales, vehículo, vivienda, centros especiales de empleo. Reconocimiento persona asistida: deducciones fiscales para la cuidadora. Concesión: Bienestar Social. Tramitación: T. S. Centro salud/ ayto.
- 3. Teléfono de emergencia:** Solicitud oficial. Conexión directa entre el domicilio y SOS Navarra. Tasa para ingresos por encima del SMI 6 E mensuales. 3 personas tienen que tener llave del Domicilio. Concesión: BIENESTAR SOCIAL. Tramitación: T.S. Centro Salud/ Ayto.
- 4. Apoyos domiciliarios:** Servicios de Ayuda a domicilio (municipales): máximo 2 horas diarias. Trabajadoras familiares acuden al domicilio: Aseo, Compras, Limpiezas.
Se prioriza la atención al anciano. Pueden llevar comida y lavado de ropa. Se paga en función de la pensión. Tramitación: T. S. Ayuntamiento

5. Ayudas a la dependencia:

- **Centros de día:** Centro abierto en régimen de día (prolongar la permanencia en el domicilio) Públicos: psicogeriátrico. Concertados: en función recursos del anciano (50%). Privado: Posibilidad de ayuda en casa. Solicitud: T.S. salud o Ato. Burlada: Landazabal. Psicogeriátrico: Alzheimer. Salud. Padre Menni: Alzheimer El Vergel: público. (físicos). Tudela, Estella, San Adrián etc. Posibilidad de transporte: 60 €.
- **Unidad de memoria:** Psicogeriátrico: recurso sanitario. Demencias en estados iniciales Se accede vía neurología o médico A. P. Dos sesiones semanales. Dos horas.
- **Servicios de estancia diurna:** Integrados en un Centro gerontológico. Dirigido a personas dependientes. Recurso de apoyo a la familia. Público: psicogeriátrico. Concertado: ingresos del anciano. Privados. Solicitud: T.S. Salud./Ayto.
- **Residenciales:** Plazas temporales/respiro: Concertadas para asistidos y posibilidad de ayuda económica para válidos. Máximo dos meses año. Burlada, La Vaguada, el Vergel,

Santo Domingo, el Mirador etc. No generan deuda. En función de los ingresos del anciano
Solicitud: T. S. Salud /Ayto. Plazas permanentes en toda Navarra: Válidos, asistidos, privadas, públicas. Estancias concertadas. Gestión privada. Ayudas económicas para residencia privada.

- **Financiación.** Sujeta a baremo económico. Se valoran ingresos propios del anciano/a (pensión, rentas..) y propiedades. El Instituto Navarro de Bienestar Social decreta el importe de la ayuda mensual. Se firma reconocimiento de deuda. Tramitación: T.S. Salud y Ayto.
- **Josefina Arregui:** Alsasua, privado, estancias concertadas. Diagnóstico y tto (demencias, Alzheimer) Derivado urg. psiquiátricas, o unidades hospitalización psiquiátrica.

6. **Incapacitación judicial:** documentación: Fotocopia del D.N.I. Partida de nacimiento. (lugar nacimiento). Familiares cercanos (nombre, teléfono). Certificado médico (enfermedad e incapacidad para gobernar su persona y sus bienes. Irreversible. Escrito firmado por los parientes más cercanos de conformidad, nombramiento tutor.

7. **Asociaciones:** Asociación de enfermos de Alzheimer. ADEMA (Esclerosis múltiple) ADACEN (Daño cerebral). ANAP (Parkinson).

Voluntariado: Cáritas parroquial. Voluntariado Geriátrico San Francisco Javier, Siervas de María. Voluntariado Cruz Roja.

8. **Apoyos domiciliarios.** Servicios de Ayuda a domicilio (municipales): máximo 2 horas diarias. Trabajadoras familiares acuden al domicilio: Aseo, Compras, Limpiezas. Se prioriza la atención al anciano. Pueden llevar comida y lavado de ropa. Se paga en función de la pensión. Tramitación: T. S. Ayuntamiento

9. **Incapacitación judicial:** documentación: Fotocopia del D.N.I. Partida de nacimiento. (lugar nacimiento). Familiares cercanos (nombre, teléfono). Certificado médico (enfermedad e incapacidad para gobernar su persona y sus bienes). Irreversible. Escrito firmado por los parientes más cercanos de conformidad, nombramiento tutor.

3.6.3. Atención en el Domicilio

1. Servicio de Atención a Domicilio Municipal (S.A.D.). Es un servicio que se oferta a las personas mayores que tienen alguna limitación. Esto incluye: limpieza, lavandería, compra, comida, aseo personal y compañía.
2. Ayudas económicas para atención a domicilio (INBS). Se recibe para contratar a una persona que les preste cuidados.
3. Cuidadoras profesionales. Servicio doméstico en Pamplona y comarca y Cáritas
4. Servicio de Teléfono de Emergencia. Tiene una cobertura de 24 horas y los 365 días del año. Es un dispositivo para que la persona mayor pueda acceder en cualquier situación de peligro. Personas mayores de 65 años y discapacitados
5. Centros de Día Psicogeriátricos. Son equipamientos de Servicios Sociales no residenciales, destinados a prestar atención psicosocial, preventiva y rehabilitadora al colectivo de mayores en régimen diurno. Ofrece ciertos servicios como transporte desde el domicilio, atención psicosocial, Terapia ocupacional, servicio de comedor, actividades del tiempo libre, etc.

En la Comunidad Foral de Navarra tenemos: Centro de Día Padre Menni (50 plazas), Centro de Día de la Real Casa de Misericordia de Tudela (15 plazas), Centro de Día de El Vergel (15 plazas), Centro de Día de San Adrián (15 plazas), Centro de Día San Francisco Javier, Centro de Día Ordoiz, en Estella (25 plazas), Centro de Día Josefina Arregui de Alsasua (20 plazas), Centro de Día Landazabal en Burlada y otros como en Caparroso, Carcastillo, Betelu, Erro, Lumbier, Fitero, Mutilva, Tafalla, Oblatas, La Vaguada, todos ellos cercanos a la residencias.

6. Estancias temporales en residencias. Es un acuerdo de los servicios geriátricos con algunos hospitales, por el que se ofrece a la persona mayor estancias no superiores a tres meses para su rehabilitación. La finalidad es que la persona mayor se incorpore a su domicilio en las mejores condiciones posibles. La única condición es que sea pensionista de la Seguridad Social. Tenemos: Residencia Virgen de Castillo de Miranda de Arga, Residencia El Mirador de Pamplona y Otras.

7. Residencias. Son centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años por su problemática social, familiar y/o económica.

Existen tres tipos: De válidos, de asistidos y mixtas. En la Comunidad Foral tenemos varias.

8. Hogar de una familia con la que no tenía relación de parentesco. Aquí solucionamos el problema de soledad y depresión.
9. Otros recursos: Transporte público, reducción de la entrada en cines y teatros, Iberia, transmediterránea, Telefónica, Renfe, Tarjeta Europea, Teléfono Dorado. Éste último depende de la Asociación Mensajeros de la Paz. Su objetivo es hacer compañía y escuchar a mayores. Es gratuita.

3.6.4. Instrumental/ayuda técnica

Su objetivo es mejorar la accesibilidad y la adaptación personal y ambiental.

Para adaptar el entorno a las necesidades:

1. Ayudas técnicas movilidad: Sillas, andadores, colchón antiescaras, grúas, etc
2. Ayudas a las viviendas: instalación, arreglos, adaptación de la vivienda.
3. Adaptación /Prótesis Individual: dentales, gafas, audífonos, pañales, fajas, oxígeno,
4. Asociacionismo/participación social/voluntarias: Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer- AFAN, Asociación Española para el Parkinson en Navarra, Asociación de Diabéticos Españoles-ADE, Asociación española contra el Cáncer, Asociación de Esclerosis Múltiple, Asociación de Auto-Apoyo a mujeres intervenidas de mama (SARAY). ONGs, Solidaridad Social, Recursos de ocio y cultura de la zona: Universidad de Mayores “Francisco Indurain”, Asociaciones de jubilados y centros cívicos de las zonas básicas, Programas de vacaciones y de termalismo social-balnearios.
5. Económicas/prestaciones. Pensiones contributivas y no contributivas, otras ayudas, desgravaciones fiscales, otros descuentos en transportes, teléfonos, comedores, etc.

3.6.5. Institucional/asistencial

1. Centros de Salud-Servicio Navarro de Salud: acceso libre a todos los ciudadanos, Atención sanitaria a demanda, programada y de urgencia, Programas de Atención Domiciliaria, Programas de salud y Educación para la Salud (individual y colectiva), Trabajo social en consulta, información y tramitación socio-sanitaria, unidad de rehabilitación.
2. Servicios Sociales de Base-Ayuntamientos: primer nivel de atención a los ciudadanos, tramitación de prestaciones y recursos sociales, Servicio de Ayuda a domicilio, Prestación de información y asesoramiento.
3. Centro de Salud Mental: Nivel especializado de atención dirigido a personas con problemas de salud mental y distribuido por las diferentes áreas de salud.
4. Centro Hospitalario: Hospital de Navarra-unidad de Geriatria, Hospital Virgen del Camino, Hospital San Juan de Dios, Hospital García Orcoyen de Estella, Hospital Reina Sofía de Tudela.
7. Instituto Navarro de Bienestar Social-INBS. Es el encargado de gestión y coordinación de los servicios sociales dependientes de la Comunidad Foral Navarra. Encargado de las prestaciones y servicios en el área de la 3ª edad. (I.N.B.S., Pamplona 1997).
8. Instituto Nacional de Seguridad Social: Centros de atención e información más gestión de pensiones contributivas del acceso a la asistencia sanitaria en la Comunidad Foral Navarra.
9. IMSERSO: Los recursos dependientes del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Instituto Nacional de Servicios Sociales lleva a cabo dos programas de ámbito nacional:
 - 9.1. Termalismo Social para la tercera edad. (Balnearios) Son tratamientos para el aparato locomotor: reumatismo, artrosis y otros trastornos.
 - 9.2. Vacaciones para la tercera Edad. Estas proporcionan la posibilidad de disfrutar de unas vacaciones a precios asequibles o reducidos. Tienen unos requisitos que cumplir: Ser pensionista o jubilado, nacionalidad española, independiente, no padecer enfermedades infecto-contagiosas y, cómo no, efectuar el pago estipulado.

3.6.6. Personas beneficiarias y edad

A fecha de 31 de diciembre 2013, existe un total de 753.842 personas beneficiarias con prestaciones ya reconocidas. La gran mayoría son el colectivo denominadas “personas mayores”, entendiendo como tales a las personas mayores de 65 años. Vemos que existe una relación intrínseca entre el factor de la edad, y la posibilidad de que una persona se pueda hallar en situación de dependencia.

Las personas mayores suponen la gran mayoría de personas beneficiarias: 552.769 (73,25%) del total de beneficiarios, se sitúa el colectivo con más de 65 años. Las personas con más de 80 años (población sobrevenjecida) suponen un total de 406.195 personas (53,88%), mientras que la población una edad comprendida entre los 65 y los 79 años aglutina a 146.048 personas (19,37%). Es curioso que el colectivo de personas con una edad inferior a los tres años está constituido por 1, 187 personas (0,16%). Las personas del tramo de edad entre los 3 y 18 años suponen un 4, 65 % sobre el total, que nos da 35.029 personas, y el restante colectivo entre 19 y 64 años constituyen 21, 83%, es decir, unas 164.581 personas. Del colectivo de mayores, lo

de 80 años y más (son los más elevados un 54%, y entre los de 65 y 79 años un 20%, y el de menor incidencia en dependencia las personas con edades más bajas, un 26%)

Tabla 2: Serie histórica 2009-2011			
Servicio	Personas beneficiarias 2009	Personas beneficiarias 2010	Personas beneficiarias 2011
Servicio diurno permanente	47	52	36
Servicio residencial permanente	659	541	383
Servicio residencial temporal	54	43	4
Servicio telefónico de emergencia	6889	7050	7184
Prestación			
Servicio de atención diurna	74	100	105
Comedores	92	90	74
Ayudas extraordinarias mayores	465	60	0
Ayudas para estancia en centros gerontológicos	301	253	179
PAS mayores 65 años	47	21	13

La perspectiva de género. Se ve claramente que la dependencia es femenina, es decir, son mujeres (ésta viven muchos más años). De un total de 753.842 beneficiarios, un total de 498.952 (66%) se corresponden a mujeres, y 254.890 (34%) se corresponde con hombres. Esto es a causa de la mayor esperanza de vida de las mujeres, lo que nos lleva a un mayor riesgo de poder encontrarse en situación de dependencia. Vemos que la dependencia severa y totales suman: 14.100 personas (67,53%). Con derecho a prestación tenemos 8.916 personas. Seguimos viendo que la dependencia es mayoritariamente femenina.

Presupuesto

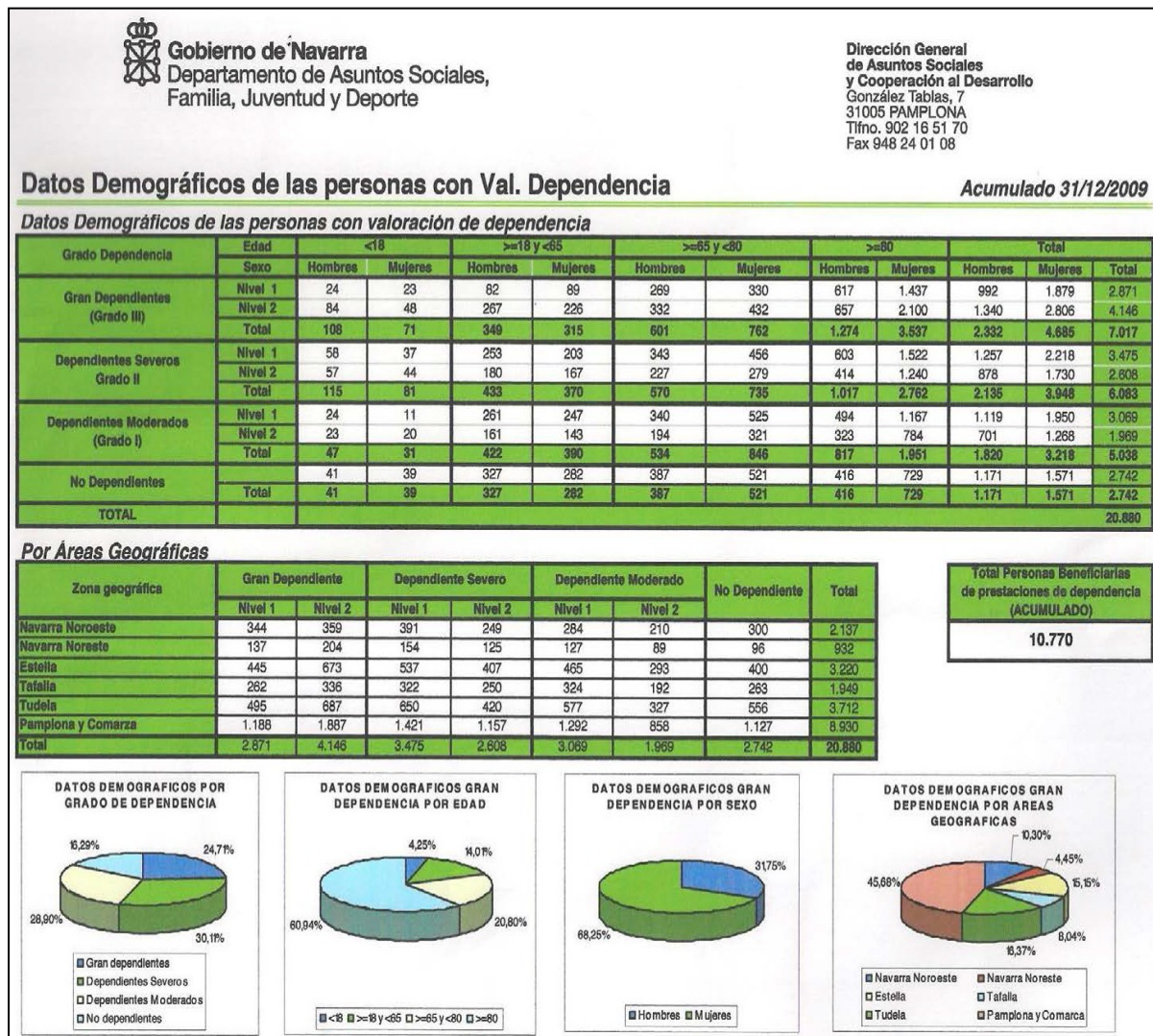
El incremento del presupuesto estimado a Dependencia entre 2007-2009 ha sido de un 46,33%:

104.163.728, 57 €	2007
133.314.560, 31 €	2008
152.431.249, 28 €	2009
389.909.538, 16 €	TOTAL

Servicios:

1. **Servicio de atención residencial** En 2009: 2.027 personas fueron atendidas, frente a 1.073 personas atendidas en 2007, lo que supone un incremento de 89,3% de personas atendidas en residencias de forma pública.
2. **Servicio de Atención Diurna** En 2009 fueron atendidas 368 personas, frente a 236 personas atendidas en 2007, lo que supone un incremento de cerca de un 56% de personas usuarias de Centro de Día Público.

3. **Servicio telefónico de emergencia** En 2009, 915 personas perciben este servicio y, de ellas 728 lo compatibilizan con otro recurso. En 2007, eran 563 personas de las que 510 compatibilizaban con otro recurso.
4. **Servicio de Atención a Domicilio.** Actualmente 383 personas dependientes reciben el servicio de Atención a Domicilio municipal, de las cuales 381 lo compatibilizan con otro recurso. Este servicio está financiado al 100% por el Gobierno de Navarra para personas dependientes
5. **Ayudas económicas.** Actualmente, 5.058 personas y familias perciben las ayudas económicas para cuidados en el entorno familiar, frente a las 3.881 del año 2007 y las 5.639 del 2008.



Personas beneficiarias de prestaciones de dependencia Acumulado: 10.770 personas.

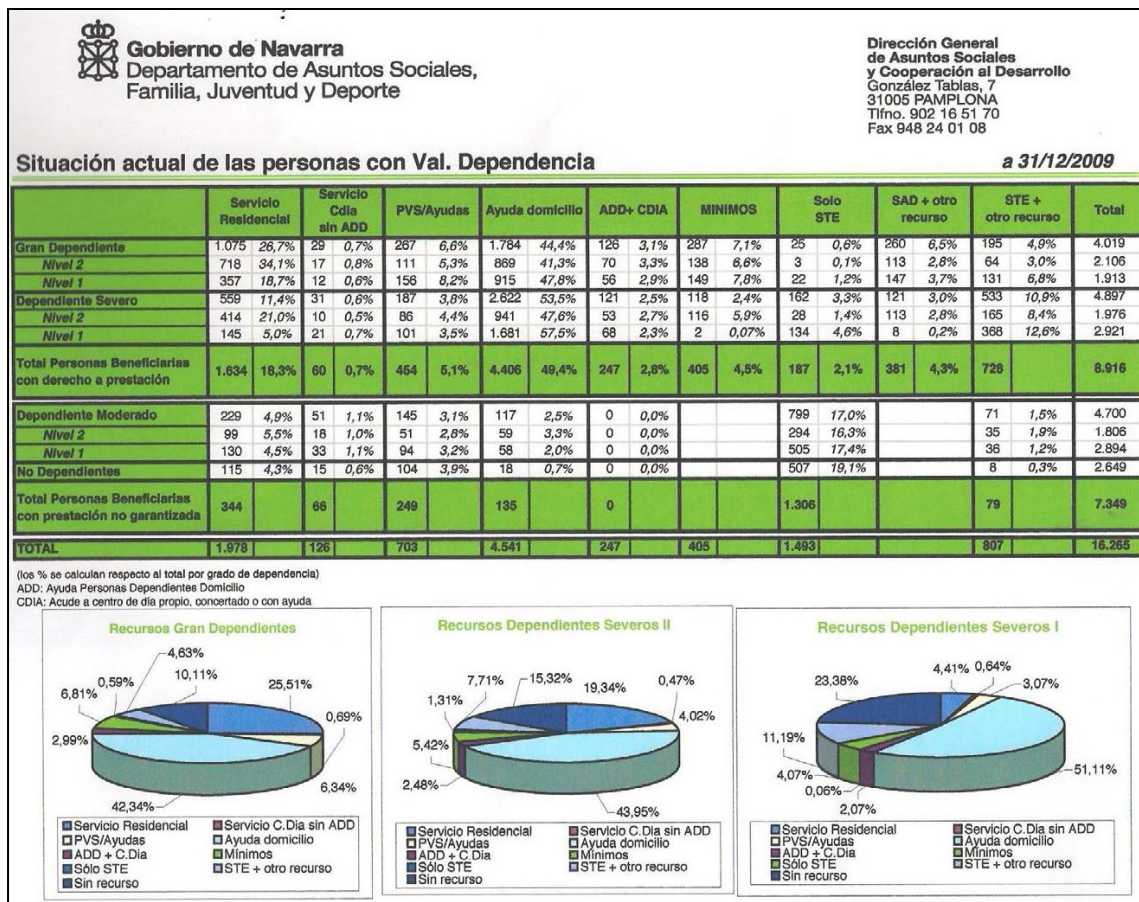
Vemos los grados (III, II) y las áreas geográficas que nos interesa: Tudela, Pamplona, etc.

Si miramos a los grandes dependientes de + de 80 años: Hombres: 1.274 y mujeres: 3.537.

Si nos fijamos en Estella: Gran Dependiente Nivel I: 445. Y así podemos ir viendo.

Podemos seguir viendo por edad: 68,25% mujeres y 31,75% hombres. Aquí podemos comprobar las ayudas económicas a la dependencia en Navarra.

Ejemplo: Enfermedad Mental grado 2, nivel 1: 2.559,15 a 1 persona beneficiaria.



¿QUIÉN SOSTENDRÁ EN EL FUTURO A LAS PERSONAS MAYORES?



Esperanza de vida

3.7. PLANES DE SALUD EN NAVARRA

Navarra ha contado con diferentes planes de salud:

1. **Plan de salud 1991-2000**, elaborado antes de las transferencias del Insalud. Aquí lo importante era la estrategia promovida por la OMS “Salud para todos en el año 2000”.
2. **Plan de salud 2001-2003**, centrando su acción en 5 áreas de intervención prioritaria. Se centra principalmente en la atención primaria y los servicios de rehabilitación.
3. **Plan de salud 2006-2012**, que centra su atención en la organización y la gestión del Sistema Sanitario, promoviendo el uso racional del medicamento y la Historia clínica informatizada.
4. **Plan 2014-2020**, que trata de conjugar los aspectos positivos y superar sus limitaciones. Vamos a centrarnos en este plan último. Nos interesa la salud en Navarra y en especial la de la tercera edad y edad avanzada. Navarra, como ya hemos visto, presenta la esperanza de vida al nacer más elevada del Estado. Del 2001 al 2010 la esperanza ha ido aumentando, en más de 2 años, debido al descenso de las causas de muerte de origen cardiovascular y el descenso de accidentes en ambos sexos. El índice de desigualdad social es parecido a los países industrializados.

La crisis nos ha afectado a todos y el desempleo ha hecho mella en la población, lo que hace que los colectivos más desfavorecidos estén seriamente comprometidos. Nuestra comunidad asume los retos de los hábitos de vida que por la crisis han cambiado. A esto hay que sumarle el envejecimiento de la población. Lo que nos lleva asumir a una gran población dependiente para que no merme su calidad de vida. Es fundamental, que superemos el modelo biomédico en salud y prestemos cuidados sanitarios y sociales a la población envejecida.

Necesitamos una atención de calidad y orientada a las necesidades de los pacientes ancianos. Por los que nuestra misión es tratar de contribuir a mejorar el nivel de salud de manera proactiva. Este plan tiene unos valores y principios que intenta promover y compartir como: orientación al paciente anciano y compromiso con su autonomía, compromiso ético y social, corresponsabilidad en el cuidado, concepción de calidad (calidad técnica + calidad percibida + eficiencia social), compromiso e implicación profesional en la mejora continua.

Los objetivos que persigue este plan son de dos clases: objetivos de salud y objetivos de gestión, orientados al paciente y a su utilización y satisfacción. La OMS define la salud como “el estado de bienestar físico, mental y social.” Pero este es un modelo biomédico. Hoy aspiramos a un bienestar emocional, una promoción de la salud, prevención del riesgo psicosocial, la equidad en los resultados, la autonomía de las personas mayores y la menor discapacidad.

Hoy aspiramos a una calidad de vida. Navarra intenta lograr este plan de salud. Para ello necesita: 1. Promover los nuevos Modelos de Atención, 2. Desarrollar instrumentos para lograr que los objetivos de gestión y gestión clínica del sistema sanitario se alineen con las prioridades de salud, 3. Impulsar estrategia interdepartamentales que promuevan la “salud en todas las políticas”. Este plan es responsabilidad de la Sección de Innovación y Evaluación del Servicio de Investigación, Innovación y Formación Sanitaria del departamento de Salud. No vamos a pararnos en las fases metodológicas del nuevo plan: identificación de necesidades, reflexión y formulación de estrategias, formulación de propuestas y priorización de objetivos, estructuración del plan de acción e instrumentos estratégicos. En el proceso de reflexión y formulación de estrategias se vio la necesidad de que todo estaría orientado con una concepción biopsicosocial. Lo veremos en las pautas de intervención más despacio.

3.8. ESTILOS DE VIDA EN NAVARRA

Actividad física en el tiempo libre en la población de Navarra (ISP: boletín N° 53 Agosto de 2009). Entre junio de 2004 y diciembre de 2005 se realizó una encuesta en Navarra sobre una muestra aleatoria de la población de 35-84 años, dirigida a evaluar el riesgo vascular en la población de Navarra (estudio RIVANA). Se estratifica la muestra por edad (35-44, 45-54, 55-64, 75-84) y por sexos, del censo de 2011. Responden 4.168 personas: 1.893 hombres y 2.275 mujeres. Se recogen los datos mediante entrevista personal con un cuestionario estructurado.

La actividad física del tiempo libre se midió con el cuestionario de actividad física en tiempo libre de Minnesota (Minnesota leisure time physical activity questionnaire: MLTPAQ), adaptado al español y validado. Según Pate y colaboradores se clasificó en tres categorías la actividad física: ligera si el código era < 3 METS; moderada si era > 3 y < 6 METS y fuerte para actividades con código > 6 METS. Estos códigos se obtienen del cociente entre el gasto energético durante la actividad y el gasto energético basal, expresado en equivalentes metabólicos (metabolic equivalent METS). Se utilizaron dos definiciones de persona activa en tiempo libre:

1. En función del gasto energético total en tiempo libre, considera persona activa aquella cuyo GEAF es mayor de 300 kilocalorías/día y sedentaria si es igual o menor de 300.
2. Considera persona activa en tiempo libre a la que invierte 25 y más minutos diarios en mujeres y 30 en hombres en actividades físicas > 4 METS.

Esta definición combina los criterios de frecuencia, duración e intensidad de las actividades. Se recomienda en las poblaciones y en la práctica asistencial. El gasto energético total diario en actividad física en tiempo libre presenta un valor medio de 398 METS en hombres y 331 METS en mujeres, y unas medianas de 311 y 2709 METS respectivamente.

El gasto en hombres se observa a partir de los 65 años la diferencia por sexos es significativa ($p < 0,001$). Los hombres de 65-74 años tienen las mayores cifras de gasto energético total en actividad física en tiempo libre. Sin embargo, en las mujeres disminuye el gasto a partir de los 65 años. El gasto energético en actividades fuerte tiene una relación inversa con la edad en ambos sexos. Destacan los varones de 65 a 74 años por su actividad más alta y las mujeres mayores de 75 por su actividad más bajas, lo que nos dice que existen diferencias estadísticamente significativas.

Lo que nos lleva a **unas conclusiones**: Aproximadamente la mitad de la población de Navarra de entre 35 y 84 años es activa en su tiempo libre. De ellos, los hombres son más activos que las mujeres, pero sólo es estadísticamente significativa, a partir de los 65 años, basado en el gasto energético, según criterios 1 y basada en la frecuencia, duración e intensidad de la actividad física realizada, criterio 2. Las mujeres disminuyen su gasto energético a partir de los 65 años, como ya hemos dicho. Los hombres de 65-74 años destacan como el subgrupo de población con mayor práctica de actividad física en tiempo libre. Lo que nos hace pensar que la jubilación pudiera estar relacionada con el incremento de actividad física en tiempo libre (Toledo Estefania, 2009).

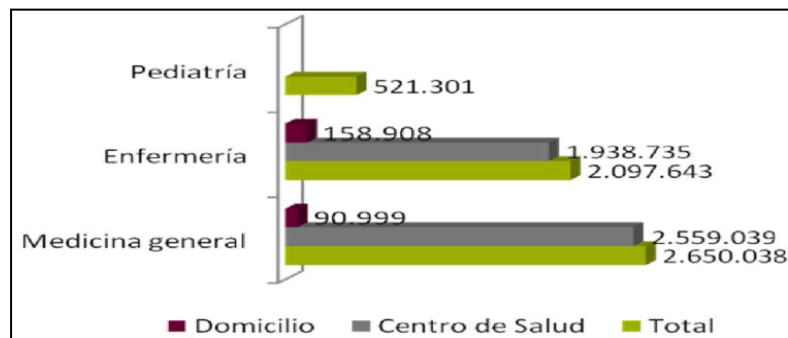
3.9. DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD DE NAVARRA

Existen en Navarra 59 centros de salud repartidos por toda la geografía Navarra. Según datos del SNS-O, al año, el 14% de la población acude al Centro de Salud de su pueblo o ayuntamiento en 14 o más ocasiones, un 13% entre 9 y 13 veces, y un 18,5% entre 5 y 8 veces; frente al 31% que sólo acude entre e y 3 veces (Fuente: SNS_O Datos 2009).

1. **Servicio Navarro de Salud:** el SNS es el organismo público que organiza y gestiona los servicios y prestaciones de asistencia sanitaria, encuadrado tanto en Atención Primaria como especializada: 10.000 personas trabajando de los que más de 2.000 son facultativos y 3.700 sanitarios titulados: El 77% trabaja en Atención Especializada y 20% en Atención Primaria. En Navarra existen 59 centros de salud y 243 consultorios.

Se dispone de dos hospitales comarcales, Tudela y Estella, y del Complejo Hospitalario de Navarra que agrupa a los antiguos Hospital de Navarra, Residencia Virgen del Camino y Clínica Ubarmin, con gestión centralizada: Ofrecen un total de 1289 camas, de las que 1100 están en el Complejo Hospitalario de Navarra. En Atención especializada se contabilizan cerca de 60.000 ingresos anuales, con un millón de atenciones entre primeras consultas y sucesivas

ATENCIÓN PRIMARIA EN NAVARRA Por lo que respecta al número de consultas atendidas, un total de 5.268.982



(Fuente: SNS-O Datos 2009)

2. **En Salud Mental,** tenemos 18.000 pacientes atendidos en aproximadamente 100.000 consultas. Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016. La falta de salud mental, en sus múltiples manifestaciones, es uno de los problemas más importantes de las sociedades desarrolladas, existiendo una conciencia creciente por parte de los gobiernos y la sociedad en general de que la salud mental es primordial para el desarrollo humano, social y económico de los países.

Por otra parte, y en nuestro entorno, al menos un 9% de la población padece actualmente un trastorno mental y al menos un 15% lo padecerá a lo largo de su vida. Los trastornos mentales constituyen la carga más importante de enfermedad y discapacidad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. En consonancia con estos datos, los gobiernos europeos están empezando a considerar los trastornos mentales como un problema de salud pública y a asumir la salud mental como un objetivo estratégico en los planes nacionales de salud.

Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012 – 2016.

3. Investigación Sanitaria Pública. El centro de Investigación Biomédica **NAVARRABIOMED** se sitúa en el corazón del Complejo Hospitalario de Navarra muy accesible a la participación investigadora de la mayor parte de los facultativos y titulados sanitarios, lo que se concreta en la existencia de 23 grupos de investigación consolidados en Atención Primaria, Salud Pública, Gestión e innovación y en 28 especialidades médicas asistenciales con 38 proyecto de investigación “vivos” y 223 investigadores. Alrededor de 150 proyectos de investigación clínica (ensayos clínicos y observacionales, con más de 350 pacientes incluidos).

EL sector empresarial en biomedicina en Navarra. Hoy en día Navarra acomete el desarrollo de fármacos desde su descubrimiento en el laboratorio hasta su comercialización, pasando por los ensayos clínicos. SODENA, empresa pública del Gobierno de Navarra, desarrolla un plan estratégico de inversiones para la consolidación del sector biofarmacéutico en Navarra, colabora con empresas y centros de investigación localizados en Navarra.

Su objetivo es crear una cartera de proyectos diversificada y equilibrada que permita consolidar el sector en 10-15 años de asentamiento en Navarra como región de referencia. El PIB per cápita estimado (años 2011) fue de 30.068 €, el segundo mayor de España, 129 sobre el valor 100 nacional. Navarra es la segunda región española más dinámica y activa en I+D+i. Dedicar un 2,05% de su PIB a este sector superando ampliamente a la media española (1,33%). Y un 1,99 % de la población Navarra está ocupada en el sector de la I +D+i, siendo la media nacional del 1,18 %. Navarra con el 1,36% de la población española: invierte en I+D+i el 2,7 % del total nacional y ocupa en el sector al 2,4 % del total español. Navarra presta gran importancia a la I+D+i, lo que aumenta la riqueza regional y genera el 3,5 % de las patentes españolas. (Fuente: Datos 2011. Instituto Nacional de Estadística. INE).

4. Trabajadores de la sanidad pública en Navarra: a 31 de diciembre de 2013, el 63% de la plantilla era fija. El 77% de la plantilla fija del SNS-O **son mujeres** predominando éstas en todos los estamentos. Un tercio de la plantilla fija tiene entre 51 y 60 años. En el período entre 2005 y 2010 se ha producido un incremento de los profesionales de enfermería (donde me encuentro yo) y de medicina, sobre todo a expensas de los profesionales de atención especializada.

5. Financiación: el gasto sanitario público ha seguido un crecimiento progresivo hasta el 2009 que comienza a decrecer. El gasto consolidado en el Sistema Sanitario Público de Navarra en 2012 ascendió a 918 millones de euros, 1.425 € por habitante protegido frente a 1.255 € en el conjunto del Estado, suponiendo un 5,2% del PIB de la Comunidad Foral. Ese año la remuneración de personal fue de 479 millones de euros, un 52,1% del gasto consolidado.

Y en la clasificación funcional del gasto, los servicios hospitalarios y especializados fueron, igual que en el conjunto del Estado, los de mayor peso, un 58,2%. El gasto farmacéutico fue de 137 millones de euros, un 14,9% del total del gasto sanitario público consolidado en el año 2012. *Dotaciones:* En el año 2011 los recursos físicos más significativos de la red hospitalaria del SNS-O fueron 1.378 camas, 3 aceleradores lineales, 1 angiógrafo digital, 2 gammacámaras, 33 incubadoras, 1 aparato de litotricia, 4 mimógrafos, 93 monitores de hemodiálisis, 7 paritorios, 38 quirófanos, 4 resonancias magnéticas, 1 sala de hemodinámica y 8 TACs. Veamos: 2.932 tipos de centros.

Navarra cuenta con una importante batería de centros. Ponemos los habidos en septiembre del 2015. De los 59 Centros de Salud, he elegido 6 para esta investigación.

TIPOS DE CENTROS	*Setiembre 2015
Hospital general	6
Hospital especializado	1
Consulta sanitaria	228
Centro de salud	59
Consultorio de atención primaria	241
Consulta de dietética	51
Consulta de enfermería	7
Consulta de fisioterapia	132
Consulta de logopedia	12
Consulta de podología	71
Consulta de psicología	295
Centro polivalente	71
Centro especializado	45
Consulta-clínica dental	264
Centro de reconocimiento de conductores	25
Centro de salud mental	13
Centro de reproducción asistida	3
Centro de cirugía mayor ambulatoria	1
Centro de diagnóstico	13
Centro móvil de asistencia sanitaria	13
Centro de transfusión	1
Banco de tejidos	0
Servicio sanitario integrado en área no sanitaria (asociación)	10
Servicio sanitario integrado en área no sanitaria (centro deportivo)	10
Servicio sanitario integrado en área no sanitaria (empresas)	121
Servicio sanitario integrado en área no sanitaria (estética)	10
Servicio sanitario integrado en área no sanitaria (balneario)	4
Servicio sanitario integrado en área no sanitaria (minusválidos)	7
Servicio sanitario integrado en área no sanitaria (centro penitenciario)	1
Servicio sanitario integrado en área no sanitaria (residencia de ancianos)	53
Servicio sanitario integrado en área no sanitaria (taurinos)	7
Centro de fabricación de productos sanitarios	22
Centro de importación/exportación de productos sanitarios	4
Establecimiento audioprotésico	36
Establecimiento de venta sin adaptación de productos sanitarios	79
Laboratorio de fabricación de cosméticos	2
Laboratorio de fabricación de medicamentos	4
Laboratorio de prótesis dental	68
Oficina de farmacia	611
Óptica	100
Ortopedia	18
Servicio de farmacia de centro socio-sanitario	10
Servicio de farmacia de hospital	8
Servicio de farmacia mancomunado	3
Almacén de distribución de medicamentos	6
Almacén de distribución de medicamentos veterinarios	2
Almacén de distribución de productos sanitarios	26
Ambulancia de traslado	61
Ambulancia asistencial medicalizable s.a.m.u.	60
Ambulancia asistencial medicalizable s.a.m.u.- rescate	0
Ambulancia asistencial medicalizable s.a.m.u.-u.c.i.	2
Ambulancia asistencial de soporte vital básico	18
Ambulancia asistencial de soporte vital avanzado	2
Botiquín de atención rural	15
Total	2932

Fuente: sección de inspección de actividades sanitarias. Departamento de salud

4. ¿Cómo viven los últimos años la soledad nuestros mayores en Navarra?

La esperanza de vida de los países desarrollados ha llevado a que haya un porcentaje mayor de personas mayores de 80 años y más. Este grupo es el que está cambiando la forma de ver el mundo y la sociedad y nuestra percepción de la vida y la muerte. Ya no estamos en la tercera edad, sino en la cuarta edad, la que hace referencia a la última fase de la vida de las personas mayores de 80 años.

En Navarra en 2014 vivían 39.865 mayores de 80 años y se esperan que llegue a los 41.000 en el año 2021, según datos del Instituto de Estadística de Navarra. Aquí las personas mayores deben seguir luchando por su independencia, aunque sabemos que disminuyen en salud y en movilidad. Pero debemos intentar que se adapten a los cambios de su nueva situación paulatinamente. Todos sabemos, que llegar a esta edad supone acumular pérdidas, por lo que se van reduciendo sus círculos de ayudas y apoyos.

Aquí es donde se decide, si se queda en su domicilio o se le traslada a una residencia. Por lo que esta investigación apoya a las familias que desean que sus seres queridos permanezcan el mayor tiempo posible en sus casas. Pero es precisamente la familia la que toma esta decisión. Pero es doloroso el que se decida sin contar con ellos. Ellos han dado todo lo que han podido para sacarlos a delante y ahora necesitan su apoyo y el amor que les han dado antes. La soledad es una experiencia personal. Pero en esta edad no mejora la calidad de vida de las personas de 80 años y más y atrae sentimientos desagradables y...

Pero aun así, una quinta parte de las personas mayores de 80 años se siente sola. Hace tiempo que se jubilaron, se han quedado viudas, pues **casi siempre son mujeres**, y muchos amigos y familiares han muerto o viven lejos. La soledad no es estar solo o vivir solo. Algunas personas mayores están solas, pero no se sienten solas. Otros no están aislado pero se sienten solos. No es propio de esta edad, pero llegar a estar solos aumenta el riesgo en dicha edad.

Nuestra investigación demostrará que con tratamientos adecuados a sus enfermedades asociadas, la edad cronológica es un predictor débil de la esperanza de vida. Debemos coordinar bien todos los servicios de Atención Primaria y especializada para ofrecerles el mejor tratamiento para restablecer su capacidad física y mental. Pero no es un problema solo de la clase médica, sino que los políticos deben tratar de combatir de manera proactiva y haciendo ciudades saludables y entornos ideados para este colectivo de personas mayores. Estos por su parte, deben intentar escuchar y dejarse querer y ayudar. Es difícil, pues ellos han sido los que han llevado el carro y ahora les toca dejarse llevar.

Mi investigación pretende que los años que les queden por vivir, los vivan sin dependencia y con la mayor autonomía posible. Se lo debemos a nuestros mayores y en nuestra mano está el que se sientan felices y con la dignidad propia de la persona (Sánchez, L. y Navarro D., 2014) 1 de cada 4 vive solo.

3.9.1. Residencias de ancianos en la Comunidad Foral Navarra

Navarra cuenta con un gran número de residencias, tanto públicas como privadas. Como somos una comunidad con muchos religiosos y religiosas, cada uno de ellos, han hecho residencias para sus mayores. Lo mismo podemos decir, de los sacerdotes, ya que cuentan con la casa sacerdotal, cerca del Arzobispado.

RESIDENCIA AITA BARANDIARAN	Comunidad Autónoma	Altsasua (Navarra)	948 468 107	RESIDENCIA PADRE ZEGRI	Comunidad Religiosa	Alcoz (Navarra)
RESIDENCIA SANTA MARÍA	Mancomunidad	Arcos (Los) (Navarra)	948 640 177	RESIDENCIA SAN JOSÉ	Comunidad Religiosa	Aoiz (Navarra)
RESIDENCIA VIRGEN DE JERUSALÉN	Ayuntamiento	Artajona (Navarra)	948 364 356	RESIDENCIA SAN MANUEL Y SAN SEVERINO	Fundación	Artajona (Navarra)
RESIDENCIA SAN GREGORIO	Ayuntamiento	Buñuel (Navarra)	948 832 147	HOGAR SANTA ELENA	Patronato	Barásoain (Navarra)
RESIDENCIA NTRA. SRA. DEL ROSARIO	Ayuntamiento (Gestión Asociación)	Carcastillo (Navarra)	948 725 806	RESIDENCIA HERMANAS DOMINICAS	Comunidad Religiosa	Berañain (Navarra)
RESIDENCIA SOLIDARIDAD	Ayuntamiento	Castejón (Navarra)	948 814 919	RESIDENCIA SALUS INFIRMORUM	Comunidad Religiosa	Burlada (Navarra)
RESIDENCIA SAN FRANCISCO DE ASÍS	Patronato Municipal	Cintruénigo (Navarra)	948 811 031	RESIDENCIA VIRGEN DE GRACIA	Fundación	Carcar (Navarra)
HOGAR SAN JOSÉ	Ayuntamiento (Gestión Asociación)	Corella (Navarra)	948 780 289	HOGAR NTRA. SRA. DEL ROSARIO	Comunidad Religiosa	Cascante (Navarra)
APARTAMENTOS TUTELADOS DE MALERREKA	Mancomunidad	Doneztebe / Santesteban (Navarra)	948 451 746	RESIDENCIA CARMEN BELLIDO	Fundación	Cortes (Navarra)
RESIDENCIA FRANCISCO JOAQUÍN IRIARTE	Ayuntamiento	Elizondo (Navarra)	948 580 730	RESIDENCIA BENITO MENNI	Comunidad Religiosa	Elizondo (Navarra)
RESIDENCIA SANTO DOMINGO DE ESTELLA	Comunidad Autónoma	Estella-Lizarra (Navarra)	948 552 311	RESIDENCIA MARIA JOSEFA RECIO	Comunidad Religiosa	Elizondo (Navarra)
VIVIENDA COMUNITARIA DE ETXALAR LARRABURUA	Ayuntamiento	Etxalar (Navarra)	948 635 036	RESIDENCIA SAN JERÓNIMO	Patronato	Estella-Lizarra (Navarra)
VIVIENDAS COMUNITARIAS LARRABURUA	Ayuntamiento	Etxalar (Navarra)	948 635 252	RESIDENCIA SAN FRANCISCO JAVIER	Fundación	Falces (Navarra)
RESIDENCIA SAN RAIMUNDO	Ayuntamiento	Fitero (Navarra)	948 776 109	RESIDENCIA SAN MIGUEL	Fundación	Funes (Navarra)
ANDRA MARI ZAHARREN EGOITZA	Ayuntamiento	Lesaka (Navarra)	948 637 154	RESIDENCIA SANTA TERESA JORNET	Comunidad Religiosa	Guerendiain (Navarra)
RESIDENCIA DE LODOSA	Ayuntamiento (Gestión Asociación)	Lodosa (Navarra)	948 693 566	ASILO NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	Patronato	Lerín (Navarra)
RESIDENCIA SAN ISIDRO	Mancomunidad	Lumbier (Navarra)	948 880 293	RESIDENCIA BETANIA	Comunidad Religiosa	Muruzábal (Navarra)
RESIDENCIA SAN BARTOLOMÉ	Ayuntamiento (Gestión Asociación)	Marcilla (Navarra)	948 708 143	RESIDENCIA LA MILAGROSA	Fundación	Olite (Navarra)
RESIDENCIA MENDAVIA	Ayuntamiento (Gestión Privada)	Mendavia (Navarra)	948 695 515	CASA DE MISERICORDIA PAMPLONA	Fundación	Pamplona-Iruña (Navarra)

APARTAMENTOS TUTELADOS MILAGRO	Ayuntamiento	Milagro Navarra)	948 861 005	HERMANITAS DE LOS POBRES	Comunidad Religiosa	Pamplona-Iruña (Navarra)
RESIDENCIA VIRGEN DEL CASTILLO	Ayuntamiento	Miranda de Arga Navarra)	948 717 427	RESIDENCIA DE SACERDOTES	Arzobispado	Pamplona-Iruña (Navarra)
APARTAMENTOS TUTELADOS TXOKO BERRI	Ayuntamiento	Pamplona-Iruña Navarra)	948 420 545	RESIDENCIA OBLATAS	Comunidad Religiosa	Pamplona-Iruña (Navarra)
RESIDENCIA EL VERGEL	Comunidad Autónoma	Pamplona-Iruña (Navarra)	948 227 703	RESIDENCIA PADRE ESTEBAN DE ADOAIN	Comunidad Religiosa	Pamplona-Iruña (Navarra)
RESIDENCIA PABELLÓN AZUL	Comunidad Autónoma	Pamplona-Iruña (Navarra)	948 173 906	RESIDENCIA PADRE MENNI	Comunidad Religiosa	Pamplona-Iruña (Navarra)
RESIDENCIA SAN FRANCISCO JAVIER	Comunidad Autónoma	Pamplona-Iruña (Navarra)	848 422 710	RESIDENCIA RELIGIOSAS ANGÉLICAS	Comunidad Religiosa	Pamplona-Iruña (Navarra)
VIVIENDA COMUNITARIA	Ayuntamiento	Pamplona-Iruña (Navarra)	948 222 060	RESIDENCIA SAGRADO CORAZÓN	Comunidad Religiosa	Pamplona-Iruña (Navarra)
VIVIENDA COMUNITARIA LA MILAGROSA	Ayuntamiento	Pamplona-Iruña (Navarra)	948 152 679	RESIDENCIA SANTÍSIMO SACRAMENTO	Asociación	Pamplona-Iruña (Navarra)
RESIDENCIA SANTA ZITA	Ayuntamiento (Gestión Asociación)	San Martín de Unx (Navarra)	948 738 070	TRANSFORMA Cuidamos personas	Fundación	Pamplona-Iruña (Navarra)
RESIDENCIA DE SANGÜESA	Ayuntamiento	Sangüesa (Navarra)	948 870 042	HOSPITAL DE SAN MIGUEL	Comunidad Religiosa	Peralta (Navarra)
RESIDENCIA NTRA. SRA. DE LA CARIDAD	Ayuntamiento	Tafalla (Navarra)	948 700 149	RESIDENCIA VIRGEN DEL CARMEN	Fundación	Sesma (Navarra)
RESIDENCIA DE VIANA	Ayuntamiento	Viana (Navarra)	948 645 009	RESIDENCIA SAN FRANCISCO JAVIER	Comunidad Religiosa	Tafalla (Navarra)
RESIDENCIA VIRGEN DEL PORTAL	Ayuntamiento	Villafranca (Navarra)	948 845 131	RESIDENCIA SAN MANUEL Y SAN SEVERINO	Fundación	Tafalla (Navarra)
REAL CASA MISERICORDIA	Fundación	Tudela (Navarra)		NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ		Villava (Navarra)
RESIDENCIA NTRA. SRA. DE GRACIA	Fundación	Tudela (Navarra)		RESIDENCIA VIRGEN DE LA ESPERANZA		Villava (Navarra)
RESIDENCIA SAN JOSÉ	Fundación	Valtierra (Navarra)		RESIDENCIA NTRA. SRA. DE LA COMPASIÓN		Ziordia (Navarra)
RESIDENCIA ASILO SAN JOSÉ	Fundación	Vera de Bidasoa (Navarra)		RESIDENCIA LUIS AMIGÓ		Zizur Mayor (Navarra)
RESIDENCIA NTRA. SRA. DE GRACIA	Fundación	Viana (Navarra)				

Como podemos ver, Navarra cuenta con un número amplio de residencias, tanto públicas como privadas. Además los religiosos/as de Navarra cuentan con sus casas de mayores, donde las religiosas mayores son cuidadas por personal, tanto religioso como contratado. Yo he visitado con frecuencia a una religiosa Terciaria Capuchina, que está en Zizur Mayor y son cuidadas con

personal especializado. Y, cuentan con materiales en camas, sillas y demás en todas las habitaciones. También visité para esta investigación la residencia de Santa Zita en San Martín de Unx, más allá de Tafalla. Vi las instalaciones y el personal contratado. También me enseñaron las habitaciones.

El precio medio de una residencia geriátrica privada en España es de 1.900 € al mes. La diferencia de precio entre comunidades autónomas llega al 40%. El precio medio más alto es el País Vasco y el más barato es Extremadura. El coste medio de cada plaza privada se ha incrementado en un 54,3% entre 2010 y 2014. En una residencia pública, cada interno paga unos 1.500 € mensuales. Si la pensión que cobre es inferior a esta cifra y no dispone de suficientes recursos, se destinan un porcentaje, que suele ser de hasta un 90%. El 75% de los usuarios de residencias públicas tuvo que esperar para conseguir una plaza y el 16% lo hizo durante más de dos años. En el caso de la dependencia, el 42,3% de los ancianos desearían permanecer en su propio hogar.

En segundo lugar, el destino que prefieren es una residencia para personas mayores (28,6%) y, a mucha distancia, un hogar adaptado (7,4%). Solo un 4.5% desearía instalarse con sus hijos u otros familiares. Las residencias públicas quedan mejor valoradas que las privadas, en el último estudio sobre ellas elaborado por la OCU. España tiene la tasa más alta de los países occidentales de uso de sujeciones físicas y farmacológicas en residencias. Un estudio de la Confederación de Organizaciones de Mayores (CEOMA), calcula que un 23% de los internos está sometido a estas prácticas. La tasa de utilización en Italia, Suiza y Alemania ronda el 15%; en Reino Unido está en el 4%; y en Dinamarca, en el 2%.

Las residencias mueven un negocio de 4.100 millones de euros/año. En nuestro país existen unas 375.000 plazas. El 75% son privadas. Algunas no cumplen con la dignidad de las personas ni con la prevención del deterioro físico y cognitivo de los mayores. Incluso como hemos visto, son sedados o sujetados para que no molesten.

Sabemos que las plazas que hay en residencias llevadas por religiosas/os, son muy valoradas. Aquí, en Buztintxuri, están Las Hermanitas de los pobres. Es difícil encontrar una plaza. Según las religiosas, ellas les escuchan, cosa que no hace la sociedad porque no tienen tiempo y les marginan. Ellas, las personas mayores, ven este país con gente muy cainitas y poco generosos. Muy cruel y muy egoístas. Ellas dicen que se puede ser feliz en la vejez. Que se apagan las pasiones violentas y se llega a una serenidad, según una señora mayor. Se adquiere un nuevo sentido de la realidad. Y, nos dice, que la vejez depende de la naturaleza de cada uno. (Cosa que ya vimos con Cicerón)

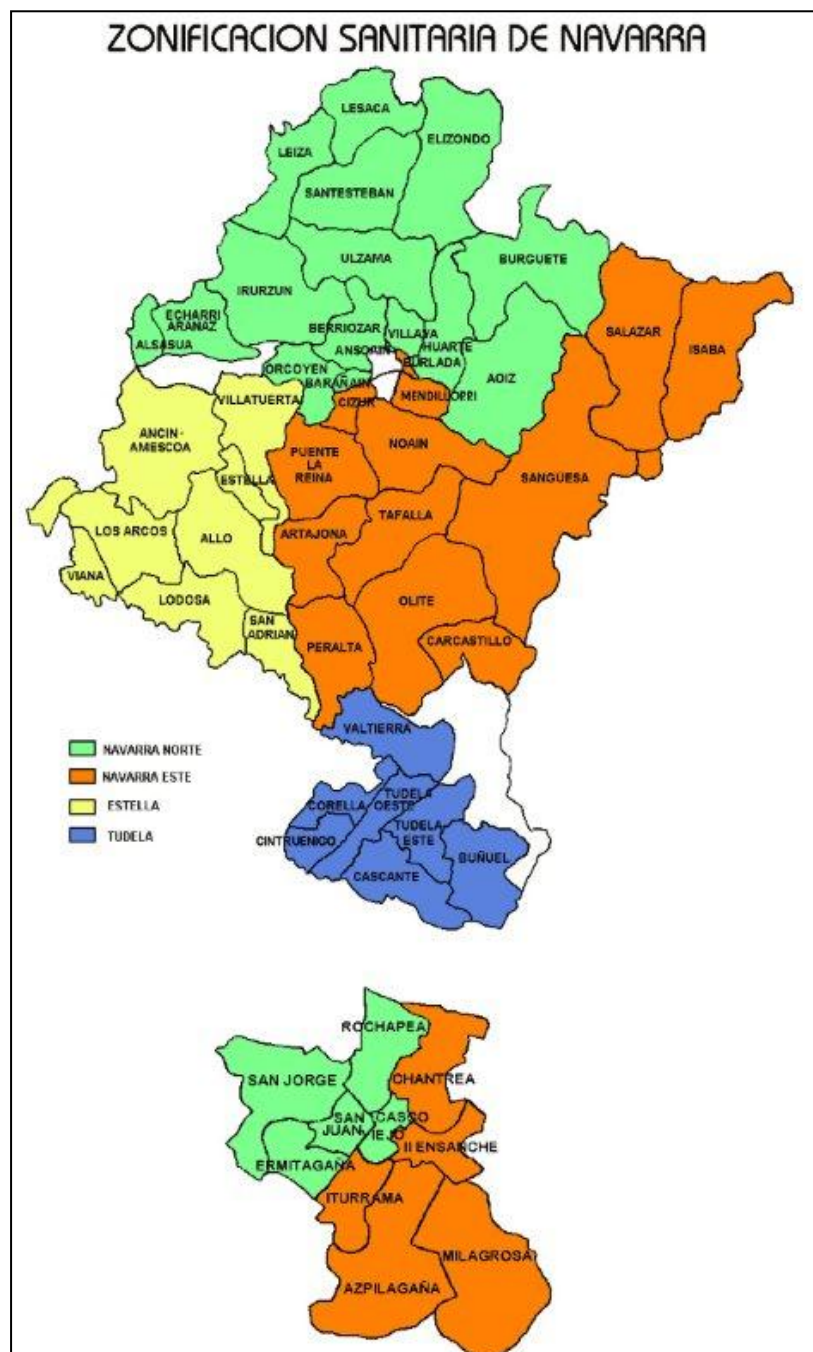
En los próximos 50 años, la población española envejecerá más que ninguna otra en Europa. En 2060, + de 7.000.000 de personas superarán los 80 años. Un 14,2% de la población (Eurostat) Los centenarios y los dependientes se **MULTIPLICARÁN** por cuatro. (Navarro Beatriz: *Un refugio en el Camino*. Revista “Mujer hoy”: 5 de noviembre 2016, pág. 22-25).

En Europa, visité una residencia de ancianos en Bergen (Noruega) para ver las diferencias. Aquí, son como pequeñas casitas, donde la persona mayor cuenta con personal especializado y con sus objetos personales. También en algunas de Navarra se permiten llevar sus cosas. En una en Barcelona, en San Quirze del Vallés, fundada por un capuchino, los ancianos se llevan todas sus pertenencias: piano, libros, etc. Y, contaban con huertas y actividades varias. Aquí, en Navarra, también contamos con apartamentos tutelado. Estas personas viven como en sus casas, pero tienen espacios comunes como la comida, limpieza, etc.

Hoy, 29 de octubre del 2016, he visto una película: *El cuarteto*. Del director Dustin Hoffman. Es una residencia para músicos retirados. La música sigue siendo su aliento para seguir vivos y con ilusiones. También tienen bastante libertad de entrar y salir. Están rodeados de un fabuloso jardín. Reciben visitas, dan clases a adolescentes, hacen bailes, etc.

El crematorio es su última alternativa. Éste puede esperar, mientras puedan cantar, bailar y tocar algún instrumento. Es una envidia cómo afrontan el paso del tiempo, a pesar, de que no quieren envejecer. Pero si hay ilusión, si se tienen amigos, si la vida importa, ya no se sufre tanto el desgaste del cuerpo y la mente, aunque sigue la herida abierta y duele. Como el personaje de Niebla de Unamuno, que no quiere morir, que quiere seguir viviendo eternamente. Y visita a Unamuno para exigirle que le deje vivir eternamente.

3.9.2. Mapa: Zonificación de Centros de Salud de Navarra

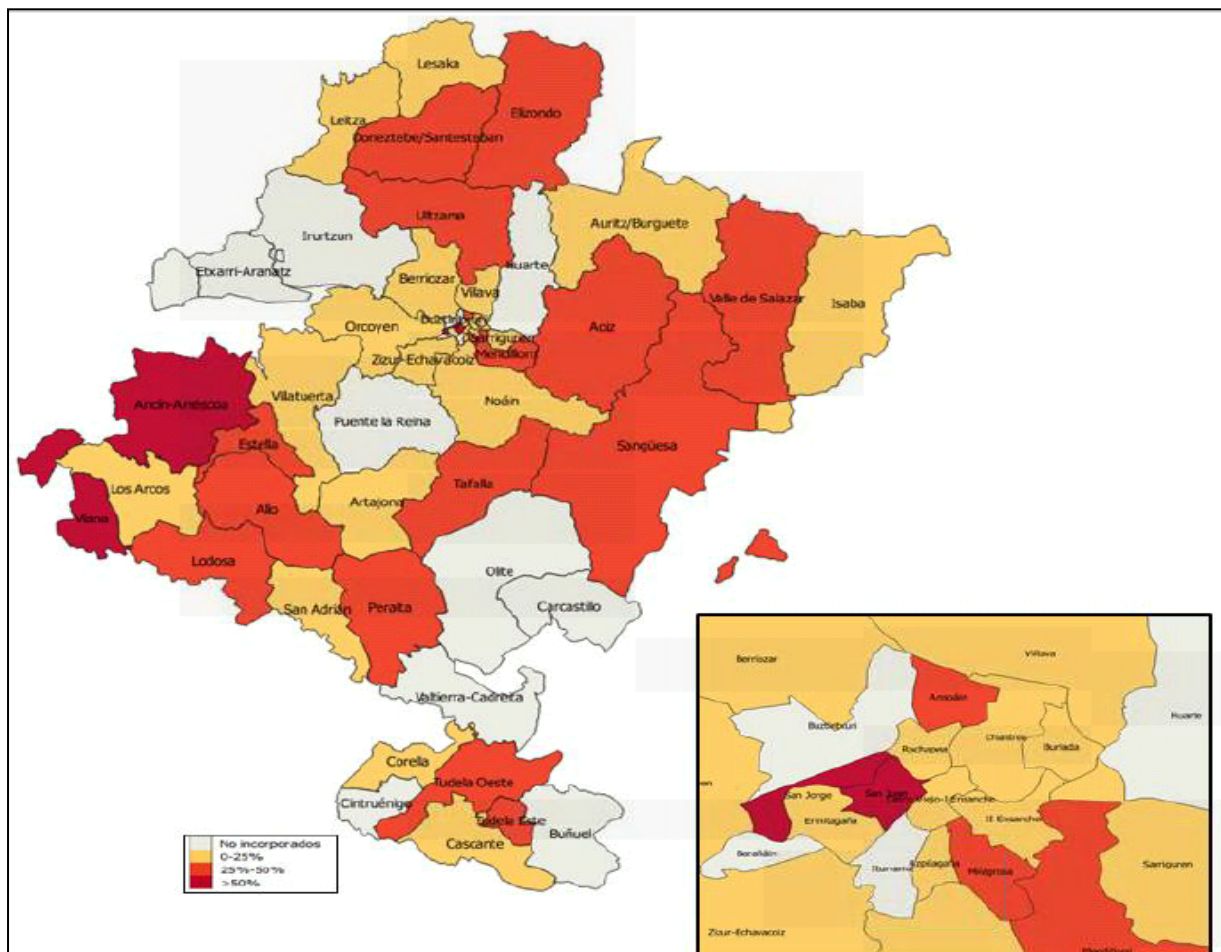


3.10. CENTROS ELEGIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

Nosotros queremos investigar en varios de ellos, que consideramos representativos de la Comunidad Foral. Hemos elegido uno del norte (Leiza), uno del sur (Tudela), uno de este (Sangüesa) y uno del oeste, (Estella), más uno de los alrededores de Pamplona, el más nuevo, (Buztintxuri) y uno del centro de Pamplona, el más antiguo: el Casco Viejo.

He intentado aportar un poco de historia de cada pueblo o Centro de Salud para animar los datos, que pueden llegar a ser un poco fríos. He puesto todos los habitantes del pueblo o centro, para luego sacar los que nos interesan, que son los + de 70 años. Aquí los represento con gráficas para visualizarlos mejor. He visitado cada centro. También acudo a cursos en ciertos centros como el Casco Viejo, el taller de ansiedad. Esta investigación se enriquece con algunos trabajos hechos por compañeras/os de enfermería y medicina.

1. CASCO VIEJO DE PAMPLONA
2. PUEBLO DE LEITZA
3. PUEBLO DE SANGÜESA
4. PUEBLO DE TUDELA OESTE
5. PUEBLO DE ESTELLA
6. BARRIO DE BUZTINTXURI



Programa de crónicas de Navarra. Centros que están incorporados.

3.10.1. Barrio del Casco Viejo de Pamplona

3.10.1.1. Historia

Pamplona tiene 23,5 Km² de extensión y una altura de casi 300 metros en el Casco Viejo. En Pamplona se distinguen tres barrios: Navarrería, Burgo de San Cernin y San Nicolás. El Casco Viejo pertenece a la Navarrería con su Palacio Real de la Navarrería, que en el año de 1190 fue donado por los vecinos al rey Sancho el Sabio, como señalan Juan José Martinena y José Luis Molins.

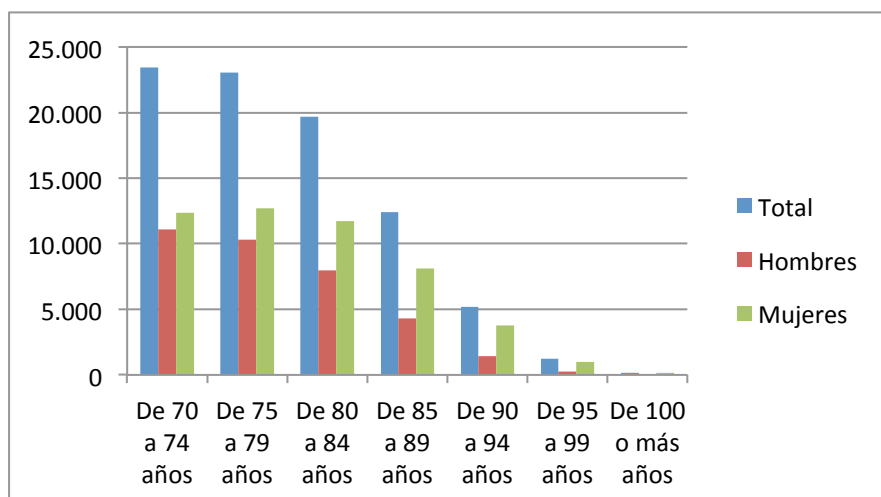
En 1592 se aloja en él el rey Felipe II. Más tarde pasa a ser utilizado como dependencias de la Capitanía General en 1881. Y 1972 lo habitaron los gobernadores militares. Hoy es un sitio de reunión de jóvenes y chiquiteo. Amén de albergar la catedral gótica de Santa María la Real, con fachada neoclásica y claustro gótico de estilo francés y el Arzobispado. (donde se cobijan muchos religiosos y clérigos)

3.10.1.2. Habitantes

Veremos la población del 2013 (15.375): Hombres: 7.351 (47,82%) y mujeres: 8.024 (52,18%) y la comparemos con la 2015. Y se verá que ha disminuido. He elegido los de 70 años que son de los que vamos a trabajar en esta investigación.

Grupo de edad	Total	Hombres	Mujeres
De 70 a 74 años	613	244	369
De 75 a 79 años	638	246	392
De 80 a 84 años	589	182	407
De 85 a 89 años	352	88	264
De 90 a 94 años	183	52	131
De 95 a 99 años	66	13	53
De 100 o más años	6	1	5
Totales	2.447	826	1.621

Vemos que tenemos 6 personas de + de 100 años: 1 hombre y 5 mujeres.



CENTRO CASCO VIEJO			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
De 0 a 1 años	289	156	133
De 2 a 4 años	398	214	184
De 5 a 9 años	534	276	258
De 10 a 14 años	549	291	258
De 15 a 19 años	498	261	237
De 20 a 24 años	609	310	299
De 25 a 29 años	956	446	510
De 30 a 34 años	1.335	694	641
De 35 a 39 años	1.440	729	711
De 40 a 44 años	1.350	694	656
De 45 a 49 años	1.224	630	594
De 50 a 54 años	1.151	577	574
De 55 a 59 años	1.042	524	518
De 60 a 64 años	831	409	422
De 65 a 69 años	722	314	408
De 70 a 74 años	613	244	369
De 75 a 79 años	638	246	392
De 80 a 84 años	589	182	407
De 85 a 89 años	352	88	264
De 90 a 94 años	183	52	131
De 95 a 99 años	66	13	53
De 100 o más años	6	1	5
TOTAL	15.375	7.351	8.024

Padrón a 1 de enero de 2013

Como podemos comprobar, ha disminuido la población en el Casco Viejo en el año 2015

Población del Casco Viejo de Pamplona (2015)							
Edad	0 – 14	15 - 44	45 - 54	55 – 64	65 -74	>o = 75	TOTAL
	1429			1617	1094	1423	12184

Estudio por tramo de edad a 31 mayo del 2015

Compañía, 8 31001 Pamplona Tfno.: 948206410 Fax: 206409
E-mail: cscascov@cfnavarra.es E-mail director: dircasco@cfnavarra.es



3.10.2. Leiza. Zona vascófona.

3.10.2.1. Historia

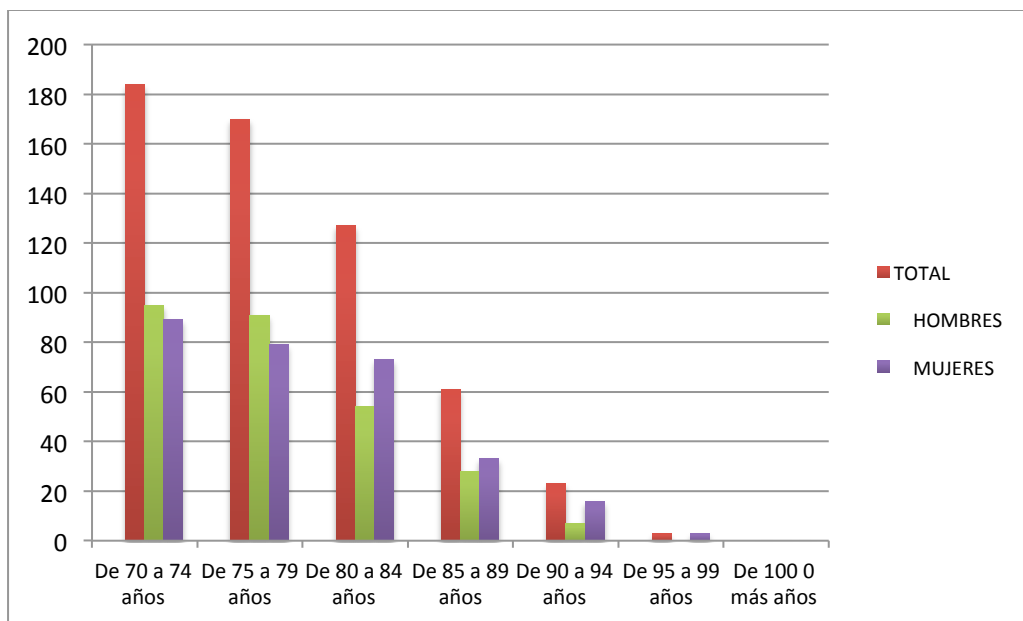
Superficie 98 km². Altitud: 669 m. Población actual 3949 habitantes, pocos más que en 1985 cuando se recogen datos de los habitantes en los cuadernillos que edita el Diario de Navarra. Distancia desde Pamplona: 50 km. Buenas comunicaciones. La ocupación laboral es la industria papelera, aunque no se olvida la ganadería y la agricultura. Es un pueblo, como dice uno de sus habitantes: Iñaki Perurena: “Todos los habitantes de Leiza, y yo con ellos, nos sentimos orgullosos de ser lo que somos. Sentimos adoración y respeto por nuestros antecesores. Amamos nuestras tradiciones y trabajamos con entusiasmo. Nuestra vida es trabajo y fiesta, esfuerzo y lucha. Somos unas gentes a las que pesan y nos ayudan nuestras costumbres. El pueblo son calles, una casa y unos hombres. Para mí, esto es Leiza y los Leiza. Una mirada al ayer y una esperanza por el mañana”. Según se cree su antigüedad viene de unas cuevas misteriosas llamadas de los Gentiles, profundas y estrechas, situada en la falda del monte Okabio. También el Dolmen de Arrimeia (piedra menor), en el que se celebraban los ritos sagrados, depositando el “sagarmiure” o muérdago. (Pueblos de Navarra hoy: José A. Montón, 1985).

Aquí es tradicional la Danza del ingurutxo, que todo el pueblo baila con motivo de las fiestas patronales, el 10 de agosto. Este baile se baila en pareja y es el baile colectivo más importante de Navarra. Aquí, en Leiza, la mayoría habla el euskera, lengua de la zona vascófona. Como podemos comprobar, Navarra, tiene tres zonas parlantes: al norte la vascófona; en medio, la zona mixta y al sur, la no vascófona. Pero hoy el euskera es una riqueza más de este pueblo navarro.

3.10.2.2 Población

Población en 2013 y 2015. Población y gráfica de mayores de 70 años. Como podemos comprobar: los mayores de 70 años son 568. De ellos, 275 hombres (48,42%) y 293 mujeres (51,58%). Sin embargo, vemos que en mayores, son las mujeres más (3,16%).

Grupo de edad	Total	Hombres	Mujeres
De 70 a 74 años	184	95	89
De 75 a 79 años	170	91	79
De 80 a 84 años	127	54	73
De 85 a 89 años	61	28	33
De 90 a 94 años	23	7	16
De 95 a 99 años	3	0	3
De 100 0 más años	0	0	0
Totales	568	275	293



CENTRO DE LEITZA			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
De 0 a 1 años	36	17	19
De 2 a 4 años	115	65	50
De 5 a 9 años	190	87	103
De 10 a 14 años	141	81	69
De 15 a 19 años	150	82	68
De 20 a 24 años	20	109	96
De 25 a 29 años	251	152	99
De 30 a 34 años	299	158	141
De 35 a 39 años	332	186	146
De 40 a 44 años	302	170	132
De 45 a 49 años	302	160	142
De 50 a 54 años	290	141	149
De 55 a 59 años	324	181	143
De 60 a 64 años	299	163	136
De 65 a 69 años	239	142	87
De 70 a 74 años	184	95	89
De 75 a 79 años	170	91	79
De 80 a 84 años	127	54	73
De 85 a 89 años	61	28	33
De 90 a 94 años	23	7	16
De 95 a 99 años	3	0	3
De 100 0 más años	0	0	0
TOTAL	4.043	2.169	1.874

Padrón a 1 de enero de 2013

E-mail: csleitza@cfnavarra.es E-mail director: dirleitza@cfnavarra.es/
 Amazabal, s/n. Leiza 31880. Tfno 948510833 Fax: 94510832

3.10.3. Zona de Sangüesa

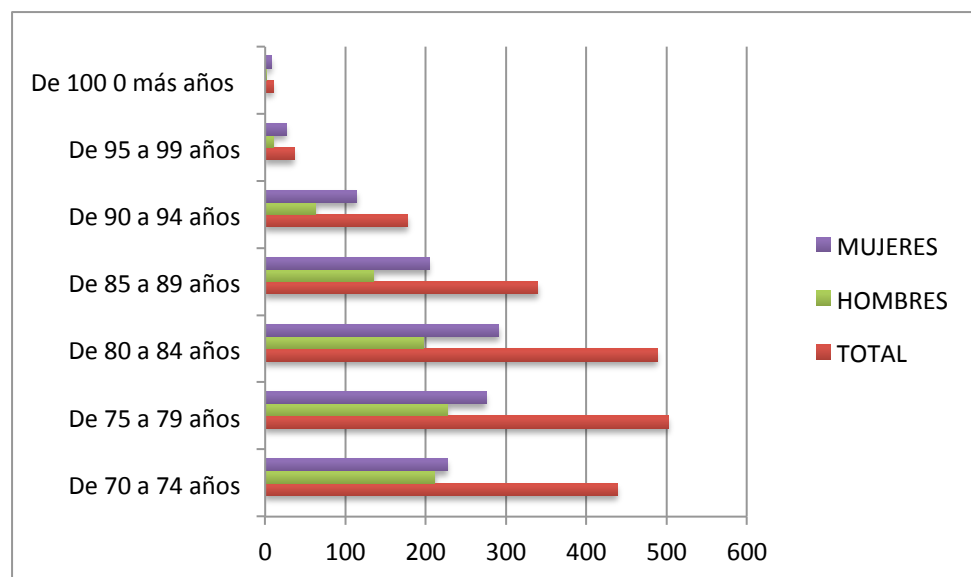
3.10.3.1. Historia

Superficie: 69,8 km². Altitud 404 m. Distancia desde Pamplona 45 km. Tiene un rico patrimonio monumental. La conforman Rocaforte y Gabarderal. A tan sólo a 8 km de Sangüesa está el pueblo de Javier, donde nace San Francisco Javier, patrón de Navarra y uno de los misioneros navarros más internacionalmente conocido, en el castillo del siglo X y XI, que se conserva en dicho pueblo. El 6 de enero, se vuelca en la representación del Misterio de Reyes, uno de los cinco autos sacramentales que se conservan en España y donde participan los vecinos del pueblo.

3.10.3.2. Habitantes de Sangüesa de + de 70 años

Grupo de edad	Total	Hombres	Mujeres
De 70 a 74 años	438	211	227
De 75 a 79 años	502	227	275
De 80 a 84 años	488	197	291
De 85 a 89 años	339	135	204
De 90 a 94 años	177	63	114
De 95 a 99 años	36	10	26
De 100 o más años	10	2	8
Total	1.990	845	1.145

La población de mayores de 70 años es de 1990 habitantes: hombres 845 (42,46%) y mujeres 1.145 (57,54%). Como podemos comprobar es mayor en mujeres (5,08%)



He intentado hacer la gráfica de las personas de más de 70 años en Sangüesa, que es la edad que investiga esta tesis. Vemos como las mujeres superan a los hombres.

CENTRO SANGÜESA			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
De 0 a 1 años	163	87	76
De 2 a 4 años	252	142	110
De 5 a 9 años	439	229	210
De 10 a 14 años	470	257	213
De 15 a 19 años	404	211	193
De 20 a 24 años	459	228	231
De 25 a 29 años	486	272	214
De 30 a 34 años	642	352	290
De 35 a 39 años	728	391	337
De 40 a 44 años	714	380	334
De 45 a 49 años	824	463	361
De 50 a 54 años	792	433	359
De 55 a 59 años	731	391	340
De 60 a 64 años	618	328	290
De 65 a 69 años	582	305	277
De 70 a 74 años	438	211	227
De 75 a 79 años	502	227	275
De 80 a 84 años	488	197	291
De 85 a 89 años	339	135	204
De 90 a 94 años	177	63	114
De 95 a 99 años	36	10	26
De 100 o más años	10	2	8
TOTAL	10.294	5.314	4.980

Padrón de 1 de Enero del 2013

Como podemos comprobar, también Sangüesa ha disminuido su población (10.294 a 9.316).

También ha disminuido los mayores de 70 años, aunque cuenta con los peregrinos del Camino de Santiago y las Javieradas, (marcha de todos los puntos de Navarra al pueblo de Javier en el mes de marzo), que son atendidos en dicho centro.

POBLACIÓN DE SANGÜESA							
EDAD	0 -14	15 -44	45 -54	55 -64	65 -74	>= 75	TOTAL
	1202			1214	1008	1412	9.316

Estudio por tramo de edad a 31 de mayo 2015

Unas enfermeras del C.S. de Sangüesa hicieron un estudio: “Atención de enfermería en Residencia de ancianos desde un servicio de urgencia rural (S.U.R.)”.

Este servicio presta cobertura sanitaria a una población de 10.457 habitantes, con un radio medio de 35 Km desde el centro de salud de Sangüesa. El grosor de la atención se centra en los ancianos de más de 65 años. Se ha comprobado que este colectivo ha aumentado su esperanza de vida, alcanzando los **79 años para los hombres y 85 años para las mujeres de la Comunidad Foral de Navarra**, como hemos visto anteriormente.

Como nos muestran, esta población anciana presenta cambios morfológicos, bioquímicos, fisiológicos, funcionales, psicológicos y sociales, ya reconocidos en la primera parte de nuestra investigación. Esto les lleva a ingresar en centros gerontológicos donde se garantiza la atención adecuada y el cuidado especial de estas personas. Los criterios de fragilidad en el anciano, ya los vimos en la primera parte.

Sólo vamos a enumerarlos: mayor de 80 años, vive solo, patologías crónicas invalidantes como accidentes cerebro vascular, cardiopatías isquémicas, Parkinson, déficit auditivo o visual, etc., **caídas**, depresión, déficit económico, **demencias** y otros deterioros cognitivos. Como decimos, la Z.B.S. de Sangüesa viven 2.567 personas de 65 y más años y hay tres residencias geriátricas, donde viven 261 ancianos institucionalizados. La enfermera sólo está en uno de ellos, por lo que el equipo de Sangüesa debe hacerse cargo de lo relacionado con la atención de enfermería, llevada en este momento por los servicios de urgencia rural en el periodo comprendido: lunes a viernes de 15 h a 8 h de la mañana siguiente y de 8 h a 8h los fines de semana, lo que se arreglaría poniendo enfermeras en horario continuo en las residencias geriátricas.

Las compañeras enfermeras realizan un estudio descriptivo transversal retrospectivo en una muestra de 261 ancianos institucionalizados en las tres residencias geriátricas de la Z.B.S. de Sangüesa. En total la muestra requirió 94 asistencias, del total de 583 efectuadas desde el servicio de urgencias externas y/o domiciliarias entre 1 junio y el 30 de noviembre del 2009. Se han realizado la estadística de la población por edad y sexo. Y también las principales causas de asistencia a pacientes institucionalizados. Se ha comprobado que la atención prestada a la población institucionalizada es 2,02 veces mayor que la población del mismo rango de edad sin institucionalizar. Se ve que se realizan 37 atenciones de personas institucionalizadas frente a 18 atenciones a personas no institucionalizadas y mayores de la zona del centro de salud de Sangüesa.

Las personas ingresadas representan el 2,50% de la población total y a ellos se destina más del 16% de la atención domiciliaria. La disnea es uno de los problemas que más atención genera, otro es **las caídas**. Éstas son más frecuentes en ancianos institucionalizados que en el resto de la población anciana. Esto ya se ha visto en otros estudios. También se refleja que el deterioro físico y psicológico es mayor en personas institucionalizadas que ancianos del resto de la Comunidad Foral.

El estudio sugiere que el anciano institucionalizado precisa una atención permanente que fomente su independencia y su estado mental óptimo, cosa que estamos totalmente de acuerdo con este estudio. Mis compañeras siguen demandando personal cualificado en las residencias de ancianos las 24h del día. (Morea Colmenares, Edurne y Vega García, Sofía. *Atención de enfermería en Residencia de ancianos desde un Servicio de Urgencias Rural*. Revista Pulso del colegio de enfermería de Navarra, abril 2011, Nº 65, págs. 40- 42.)

Antolagua, Sn. 31400 Sangüesa. Tfno: 948 871441 Fax: 948 871442 E-mail: cssangue@cfnavarra.es E-mail director: dirsangu@cfnavarra.es



3.10.4. Ciudad de Tudela

3.10.4.1. Historia

Superficie: 217,4 km². Altitud: 264 m. Distancia desde Pamplona: 94 km.

Tudela fue fundada por los árabes en el siglo IX y permaneció bajo el dominio musulmán hasta 1190, que pasa a la corona navarro-aragonesa. Aquí conviven durante 400 años árabes, judíos y cristianos. La catedral, construida en 1180 sobre la antigua mezquita, donde los reyes han jurado los fueros.

Su catedral construida en los siglos XII y XIII en un estilo de transición Románico-Gótico. Colaborando en ella: Sancho el Sabio, Sancho el Fuerte y Teobaldo II. Con sus fiestas de Santa Ana y sus ramitas de albahacas. Y no hay que olvidar sus jotás, expresión lírica del pueblo. (Pueblos de Navarra hoy, edita: Navarra de Prensa y Comunicaciones). Su gastronomía es rica en verduras y vinos de denominación de origen. Veintitrés pueblos acostumbrados a vivir con “el cierzo”, que unos 90.000 habitantes forman la Merindad de Tudela. Que es vecina de la Rioja, Aragón y Castilla.

3.10.4.2. Habitantes de Tudela Oeste

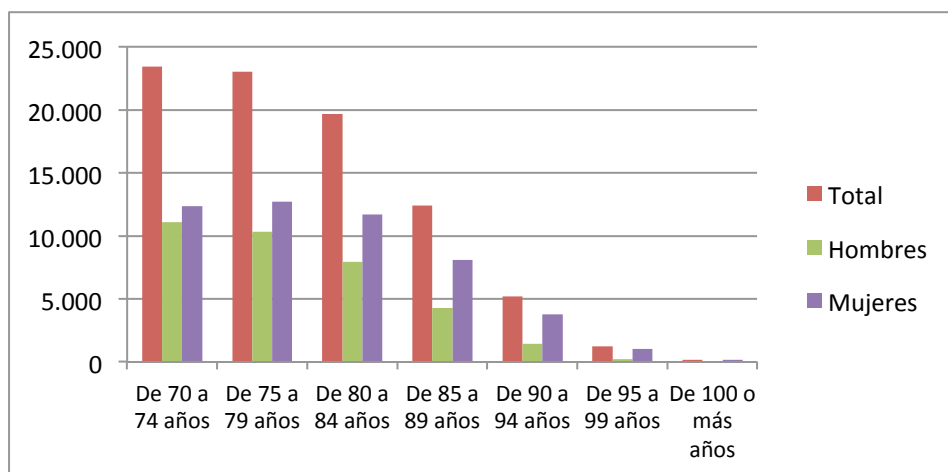
Trabajamos con el tramo de Tudela Oeste. La población de Tudela Oeste es de 15.267 habitantes. De ellos, 7.541 son hombres (49,39%) y 7.726 mujeres (50,61%). Comprobamos que hay poca diferencia entre hombres y mujeres, aunque son mayoritariamente ellas.

Veamos en tramos de edad de + 70 años, que objeto de nuestra investigación: 2.622.

Hombres: 623, lo que nos da un 23,76% y mujeres 999, lo que nos da un 38,10%

Tramos de edad	Total	Hombres	Mujeres
De 70 a 74 años	420	191	229
De 75 a 79 años	410	182	228
De 80 a 84 años	396	145	241
De 85 a 89 años	249	74	175
De 90 a 94 años	124	27	97
De 95 a 99 años	31	4	27
De 100 o más años	2	0	2
Totales	2.622	623	999

De 100 años o más sólo tenemos 2 mujeres y 0 hombres.



CENTRO TUDELA OESTE			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
De 0 a 1 años	338	165	173
De 2 a 4 años	542	259	283
De 5 a 9 años	870	448	422
De 10 a 14 años	763	386	377
De 15 a 19 años	733	359	374
De 20 a 24 años	773	369	404
De 25 a 29 años	938	487	451
De 30 a 34 años	1.363	715	648
De 35 a 39 años	1.496	773	723
De 40 a 44 años	1.366	717	649
De 45 a 49 años	1.216	634	582
De 50 a 54 años	1.082	537	545
De 55 a 59 años	890	442	448
De 60 a 64 años	669	347	322
De 65 a 69 años	606	280	326
De 70 a 74 años	420	191	229
De 75 a 79 años	410	182	228
De 80 a 84 años	396	145	241
De 85 a 89 años	249	74	175
De 90 a 94 años	124	27	97
De 95 a 99 años	31	4	27
De 100 o más años	2	0	2
TOTAL	15.267	7.541	7.726

Padrón a 1 de enero de 2013

Aquí hemos representado a Tudela Oeste, ya que al ser la población tan grande se ha dividido para una atención mejor.

He creído conveniente poner la totalidad de la población de Tudela:

POBLACIÓN DE TUDELA TOTAL							
Edad	0 -14	15- 44	45 -54	55 – 64	65-74	>=75	TOTAL
	5657			4083	3061	3014	34.883

Estudio por tramo de edad a 31 de mayo 2015

Dirección: Garrayre, 17	31500 Tudela	E-mail: cstudeo@cfnavarra.es
E-mail director: dirtudeo@cfnavarra.es		Tfno: 948 848 190 Fax: 948 848 194

3.10.5. Ciudad de Estella

3.10.5.1. Historia

Tiene una superficie de 15,2 Km². Altitud: 483m. Una población total de 17297 habitantes. Distancia desde Pamplona: 44 Km. Buenas comunicaciones. Estella está unida a la aparición de la Virgen del Puy en mayo de 1085 a unos pastores de Abárzuza. En ese momento se produce la fundación de Estella, como núcleo franco situado en el Camino de Santiago, promovida por el monarca de Navarra y Aragón, Sancho Ramírez, quien en 1090 dispone la construcción de un castillo y la formación de una comunidad de francos, a los que otorga un fuero especial.

Esta población se sitúa en la orilla derecha del Ega, frente al viejo poblado de Lizarra. Tras el descubrimiento en el siglo IX del cuerpo del apóstol Santiago y el trazado del Camino a comienzos del siglo XI por nuestro Sancho el Mayor de Navarra que fijó definitivamente hasta el punto de ser el que hoy recorren los peregrinos.

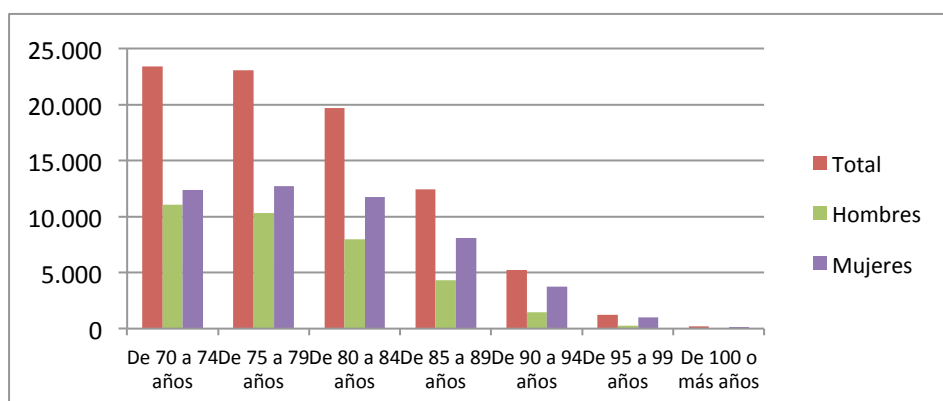
Por lo que podemos decir, convencionalmente, que la “Biblia del Camino de Santiago” está constituida por el “Codes Calixtinus” (Antiguo Testamento del siglo XII y “Las peregrinaciones a Santiago de Compostela” (Nuevo Testamento, 1948, de Vázquez de Parga, Lacarra y Uría). Aquí tenemos un dato que le hace ser paso del Camino de Santiago, muy importante en nuestra tierra Navarra. Pues se unen en Puente la Reina el camino francés y el aragonés. Cada dos años se escenifica el Misterio de Obanos, que narra la vida y leyenda de San Guillermo y Santa Felicia, donde participan vecinos de la localidad.

3.10.5.2. Habitantes

Veamos por sexos. Como podemos observar, los habitantes son 17.222. De ellos, 8.504 hombres (49,38%) y 8.718 mujeres (50,62%). Vemos que hay poca diferencia entre los sexos.

El tramo que nos interesa son los mayores de 70 años. Tenemos un total de 2.419 personas: 1.012 hombres (41,84%) y 1.407 mujeres (58,16%)

Tramos de Edad	Total	Hombres	Mujeres
De 70 a 74 años	695	334	361
De 75 a 79 años	635	282	353
De 80 a 84 años	550	229	321
De 85 a 89 años	356	116	240
De 90 a 94 años	136	42	94
De 95 a 99 años	38	7	31
De 100 o más años	9	2	7
Totales	2.419	1.012	1.407



Nota: Los mayores de 100 o más: 9 personas: 7 mujeres y 2 hombres

Los habitantes de Estella se mantienen en el 2015.

Habitantes de ESTELLA							
Edad	0 -14	15- 44	45 -54	55- 64	65 -74	>= 75	TOTAL
	2608			2295	1730	1689	17.297

Estudio por tramo de edad a 31 de mayo 2015

CENTRO ESTELLA			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
De 0 a 1 años	297	150	147
De 2 a 4 años	541	278	263
De 5 a 9 años	855	438	417
De 10 a 14 años	920	492	428
De 15 a 19 años	787	407	380
De 20 a 24 años	881	446	435
De 25 a 29 años	928	471	457
De 30 a 3 años	1.241	632	609
De 35 a39 años	1.384	693	691
De 40 a 44 años	1.336	695	641
De 45 a 49 años	1.331	685	646
De 50 a 54 años	1.195	576	619
De 55 a 59 años	1.140	554	586
De 60 a 64 años	1.041	519	522
De 65 a 69 años	926	456	470
De 70 a 74 años	695	334	361
De 75 a 79 años	635	282	353
De 80 a 84 años	550	229	321
De 85 a 89 años	356	116	240
De 90 a 94 años	136	42	94
De 95 a 99 años	38	7	31
De 100 0 más años	9	2	7
TOTAL	17.222	8.504	8.718

Padrón a 1 de enero de 2013

Paseo Inmaculada, 39 31200 Estella. Tfno.: 948 556287 Fax: 948 556 496
 Director: direstel@cfnavarra.es E-mail: csestell@cfnavarra.es

3.10.6. Barrio de Buztintxuri de Pamplona

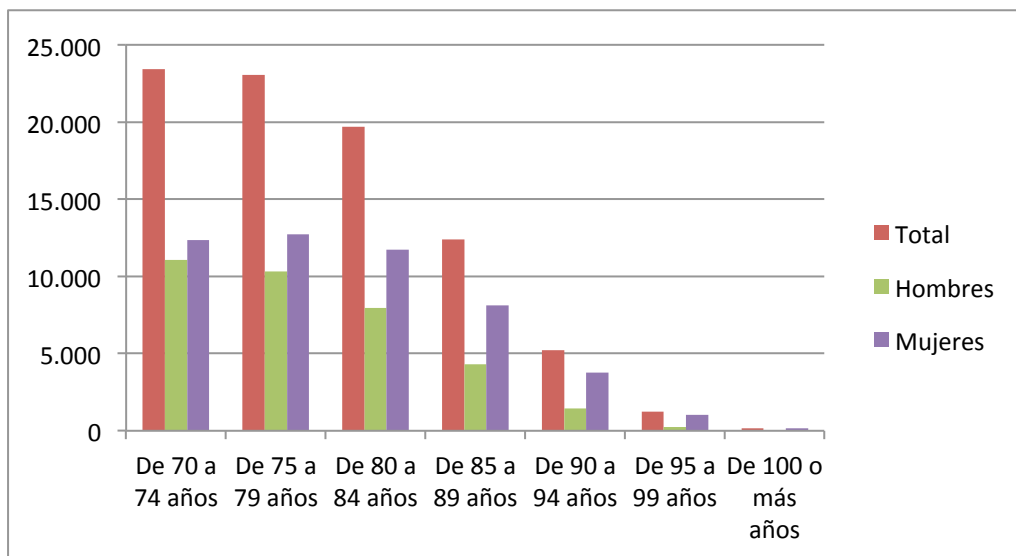
3.10.6.1. Historia

Está muy cerca de Pamplona. Entre Berriozar y la zona de la Estación de tren. El Centro de Salud de Buztintxuri se abre en 2011 para dar servicio a una población mayoritariamente emigrante. Éstos van desde rumanos, polacos, búlgaros, marroquíes, ecuatorianos hasta africanos, mayoritariamente del África occidental. También engloba al pueblo de Artica, al barrio de Nueva Artica y el barrio de Buztintxuri.

3.10.6.2. Habitantes

Hay 11.318 habitantes. Vemos por tramos de edad y por sexo. Vemos que hay 5.627 hombres (49,72%) y 5.691 mujeres (50,28%). Observamos que hay poca diferencia. Por ello, la población mayor de 70 años es muy poca: 346, de ellos 153 hombres (44,22%) y 193 mujeres que son el 55,78%. Hay que recalcar, que la mayoría están en el pueblo de Artica. Y que aquí también cuentan las personas mayores que se encuentran en la Residencia de las Hermanitas de los Pobres.

Tramos de edad	Total	Hombres	Mujeres
De 70 a 74 años	137	68	69
De 75 a 79 años	91	40	42
De 80 a 84 años	60	29	31
De 85 a 89 años	37	11	26
De 90 a 94 años	24	3	21
De 95 a 99 años	6	2	4
De 100 o más años	0	0	0
Totales	346	153	193



Podemos además con la gráfica ver:

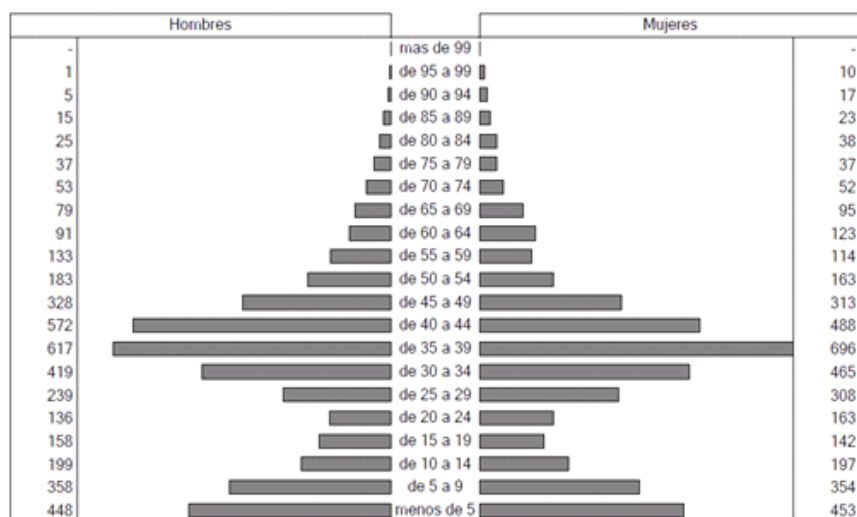
No tenemos centenarias, ni en hombres ni en mujeres. (0,0,0). Entre 95 y 99 años tenemos el doble de mujeres que de hombres (4:2). De 70 a 89 años, hay paridad de sexos. Pero de 90 a 94, tenemos 7 veces más mujeres que hombres (21:3) y en total tenemos más mujeres que hombres.

como hemos indicado arriba. En la gráfica podemos ver que de 25-30 años hay casi igual de los mismos sexos. Es la gente joven con niños que hay aquí, en este barrio, que es de los más nuevos de Pamplona.

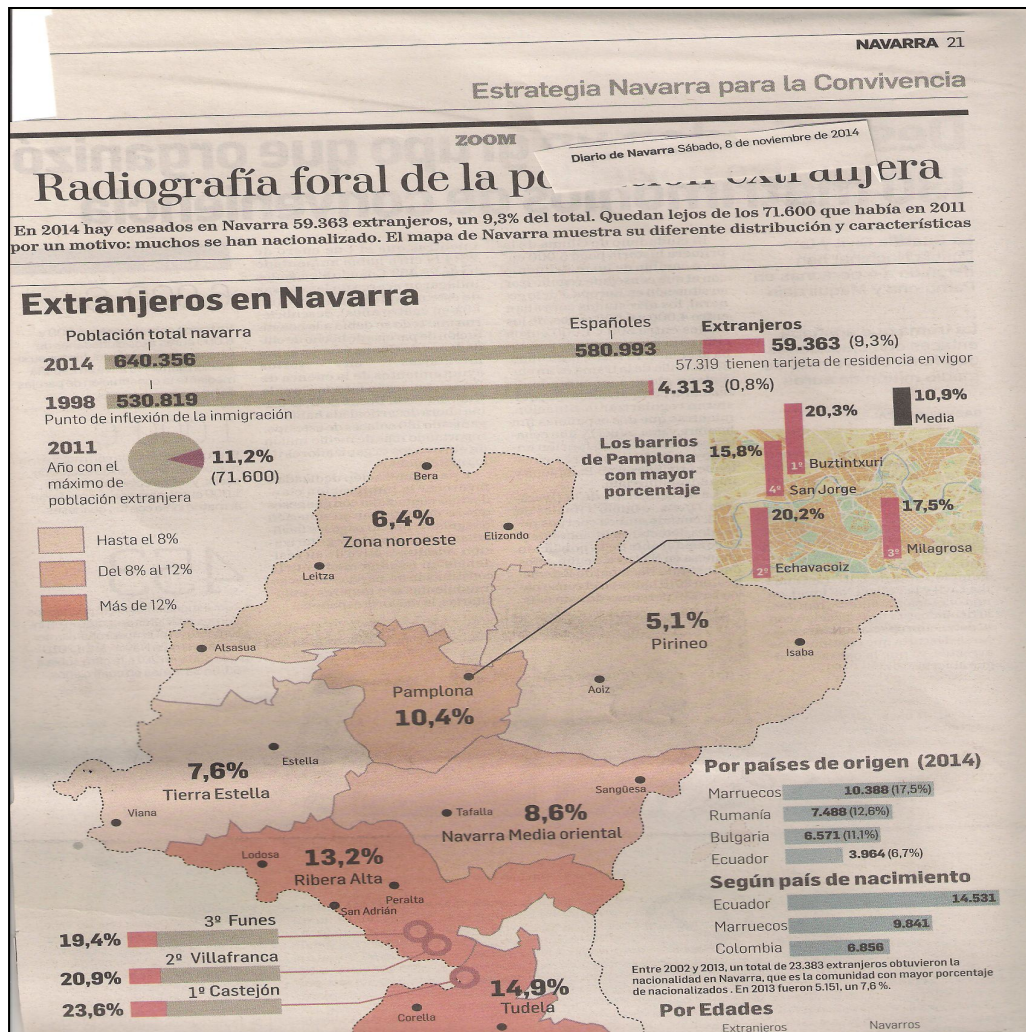
CENTRO BUZTINTXURI			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
De 0 a 1 años	652	335	317
De 2 a 4 años	780	377	403
De 5 a 9 años	741	368	373
De 10 a 14 años	414	218	196
De 15 a 19 años	365	178	187
De 20 a 24 años	474	221	253
De 25 a 29 años	835	371	464
De 30 a 34 años	1.749	830	919
De 35 a 39 años	1.984	1.020	964
De 40 a 44 años	1.118	596	522
De 45 a 49 años	624	358	266
De 50 a 54 años	403	200	203
De 55 a 59 años	313	145	168
De 60 a 64 años	298	137	161
De 65 a 69 años	213	111	102
De 70 a 74 años	137	68	69
De 75 a 79 años	91	40	42
De 80 a 84 años	60	29	31
De 85 a 89 años	37	11	26
De 90 a 94 años	24	3	21
De 95 a 99 años	6	2	4
De 100 o más años	0	0	0
TOTAL	11.318	5.627	5.691

Padrón a 1 de enero de 2013

Pirámide población total barrio Buztintxuri-Euntzetxiki a fecha 2 de enero 2016



Inmigrantes en el barrio de Buztintxuri: Quería remarcar los inmigrantes que forman mayoritariamente en Buztintxuri. De toda Navarra es el barrio que más inmigrantes hay, según el Diario de Navarra. Dirección: Avda. Guipuzcoa, 39 31012 Pamplona Teléfono: 948 139080



Hay un proyecto comunitario para el barrio de Buztintxuri: **“Un lugar para el encuentro”**. Es una iniciativa del Servicio de Trabajo Social del Centro de Salud de Buztintxuri y Trabajadora Social del Programa de Autonomía de la Unidad de Barrio de Buztintxuri. Este proyecto va dirigido a la población y se llevará a cabo durante el año 2017. Surge a raíz del diagnóstico e identificación de las necesidades una vez estudiada la realidad del barrio, recursos y servicios existentes.

Se quiere crear una red por los profesionales de diferentes organismos e instituciones que trabajan en la zona. Será para las personas de 50-70 años, con enfermedades crónicas, incapacidad laboral, discapacidad, dependencia, sobrecarga del cuidador principal del dependiente, problemas de ansiedad y depresión, etc.

Todo nos lleva a tener un denominador común: **personas con enfermedad en situación de aislamiento social**. Para ello, se ve la necesidad de crear un lugar de encuentro para estas personas. En dicho lugar, se establecerían relaciones de ayuda mutua y apoyo emocional. Esto es captado a través de las demandas explícitas de los usuarios, una vez que han solucionado las solicitudes de incapacidad laboral, discapacidad, pensiones, ayuda domiciliaria, etc...

SEGUNDA PARTE: ANÁLISIS EMPÍRICO

II. PARTE: ANÁLISIS EMPÍRICO

Después de abordar la parte de fundamentación teórica en la que hemos hablamos de Navarra y sus Centros de Salud donde vamos a trabajar, ahora dedicaremos **el Capítulo 4 a la dimensión metodológica**. Aquí abordaremos los objetivos, tanto generales como específicos, de las dimensiones que vimos en la primera parte.

A partir de estos objetivos, plantearemos las hipótesis que serán objeto del análisis estadístico. Trataremos las hipótesis, siguiendo la general y las específicas. En la muestra analizaremos los sujetos que tenemos para estudiar (26 hombres y 63 mujeres) y los pueblos y barrios donde se ubican estos sujetos. Pasaríamos a la población diana que tenemos para trabajar y que son los mayores de 70 años.

Veremos las variables utilizadas, que son como sabemos, sexo, edad y lugar de residencia. En las técnicas utilizadas, ya sean cualitativas o cuantitativas, mostraremos la triangulación y la importancia de los test o cuestionarios pasados a los sujetos de nuestra investigación.

En el capítulo 5: Descripción, análisis e interpretación de datos. Es importante resaltar el compromiso bioético que en todo momento respetamos. Con el programa SPSS-20, y ayudada por el servicio de NavarraBiomed, obtengo los resultados que queremos evaluar y que son de vital importancia para nuestra tesis, por el compromiso personal, de trasladar estos datos al Gobierno de Navarra y, en especial, a la sección de Investigación de Atención Primaria. Los resultados son muchos y muy importantes para Navarra y creemos que nos ayudarán a aumentar la autonomía en nuestra gran Comunidad Foral

Capítulo 4. DIMENSIÓN METODOLÓGICA

Aquí nos centraremos en los objetivos, hipótesis, muestra, población, variable y técnicas utilizadas y test pasados a la población objeto de estudio.

Veamos los criterios empleados para la inclusión y exclusión de las personas que van a participar en este proyecto de investigación:

Criterios de inclusión

- Anciano de 70 años y más, de la Comunidad de Navarra
- Anciano en Programa de Atención Domiciliaria.
- Anciano residente en Instituciones y atendidos por Atención Primaria.

Criterios de Exclusión:

- Cambio de centro o zona de salud.
- Condición de desplazado.
- Pacientes con incapacidad irreversible: terminales o deterioro mental severo.
- Negativa del anciano

4.1. OBJETIVOS

Plantearemos los objetivos generales y específicos de las dimensiones que hemos utilizado en la parte de la fundamentación teórica.

4.1.1. Objetivo general

Conocer el perfil de las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra, de los pueblos que hemos elegido para nuestro proyecto de investigación, con los criterios de selección. Personas que son autónomas para poder permanecer en sus domicilios frente a las que tienen alguna dependencia.

4.1.2. Objetivos específicos

4.1.2.1. Objetivos biomédicos

Aquí utilizaremos las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

4.1.2.1.1. Objetivo 2. Conocer a las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presenta una autonomía en ABVD para permanecer en sus domicilios.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente: cuidado de uno mismo (asearse, vestirse y desvestirse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer, beber, etc.) y de funcionamiento físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas. Los índices utilizados son el de Katz y Barthel.

El **índice de Barthel**, publicado 1965, es el preferido por la mayoría de los autores británicos. Se trata de la escala más utilizada para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda y sus complicaciones como la demencia. Su puntuación numérica le confiere una mayor facilidad para el manejo estadístico de los datos y una mayor sensibilidad. Una variación del índice de Barthel tiene un gran valor predictivo sobre la mortalidad, el ingreso hospitalario, la duración de la estancia hospitalaria y la ubicación al alta hospitalaria en pacientes con ACVA. (Barthel, 1965). Ver el índice de Barthel en anexos. Aquí utilizaremos el cuestionario de Baztán y colaboradores, validado en España.

Dependencia total	< 20 puntos
Dependencia grave	20 a 35 puntos
Dependencia moderada	40 a 55 puntos
Dependencia leve	> 0 = 60 puntos
Autónomos	100 puntos

4.1.2.1.2. Objetivo 3. Conocer a las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presenta una autonomía en AIVD para permanecer en sus domicilios.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Son las actividades consideradas necesarias para vivir independientemente en la comunidad. Son un poco más complejas y requieren un mayor nivel de autonomía personal. Aquí nos interesa la capacidad de tomar decisiones e interacciones más difíciles con el medio. Incluye: tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, de utilizar el teléfono, de acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir escaleras, coger el autobús, metro o taxi, preparar la propia comida y comprar lo necesario para vivir, y como no, fregar los platos, hacer la cama. También importa el poder acudir al médico, hacer papeleos, controlar el dinero, etc. Utilizamos el índice de Lawton. Un inconveniente es que mide con excesiva importancia las tareas que realizan habitualmente las mujeres y se olvidan de otras de los hombres como jardinería, “chapuzas”, etc. Debe además, tener en cuenta el sexo, los factores culturales y religiosos que modifican el reparto de tareas. Fue desarrollado en el centro geriátrico de Filadelfia, por lo que también se le conoce como “Philadelphia Geriatric Center Instrumental Activities Daily Living”. Publicado en 1969. Consta de 8 ítems cuya puntuación varía de 0 (máxima dependencia) a 8 (independiente total), en mujeres. En hombres la puntuación varía de 0 a 5. (Lawton y Brody, 1969).

A) Mujeres	B) Hombres
Dependencia total (0-1)	Dependencia total (0)
Dependencia severa (2-3)	Dependencia severa (1)
Dependencia moderada (4-5)	Dependencia moderada (2-3)
Dependencia leve (6-7)	Dependencia Leve (4)
Autónoma (8)	Autónomo (5)

Los índices más utilizados son: Katz y Barthel para actividades básicas de la vida diaria y Lawton para actividades instrumentales de la vida diaria. Son muy utilizados en geriatría y elementales para ver las necesidades de rehabilitación, ayuda y planificación en el alta hospitalaria. Para prevenir la dependencia, he hecho varios cursos. Entre ellos, el ACTIVATE, que me permite aconsejar a las personas mayores hábitos saludables para prevenir o minimizar la dependencia.

Esto lo veremos en las estrategias que son parte de esta investigación. Si queremos prevenir el deterioro funcional, debemos manejar los cuestionarios de Lawton –Brody y Barthel. Las principales intervenciones que han demostrado su eficacia para prevenir e, incluso, revertir el estado de fragilidad son el ejercicio físico y la valoración geriátrica multidimensional seguida de la intervención sobre los principales síndromes geriátricos, con énfasis en el estado nutricional.

4.1.2.2. Objetivo psicológico

Aquí veremos la autonomía en salud mental.

4.1.2.2.1. Objetivo 4. Analizar las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presenta una autonomía en salud mental para permanecer en sus domicilio, siempre controladas por los servicios de salud mental de zona para subsanar cualquier deterioro

cognitivo. Aquí vamos a utilizar el Minimental de Lobo que está validado en España. **Mini-Examen Cognitivo de Lobo y col. (MEC):** Es el MMSE de Folstein adaptado al español. Es un test de screening del deterioro cognitivo, en el que se puede obtener una puntuación de 35 puntos, con un punto de corte establecido en 28 puntos. Es un test bueno y rápido y aporta gran información.

Normal:	35
Dudoso:	22
Alterado:	< 22

4.1.2.2.2. Objetivo 5. Determinar la correlación que hay entre la autonomía en AVD y en mental en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación

Aquí pretendemos ver la correlación que hay entre autonomía funcional y cognitiva frente a la dependencia funcional y cognitiva, que van de la mano.

Para ello, correlacionamos los tres cuestionarios que se les hace: Barthel, Lawton y Minimental y vemos la relación en actividades de la vida diaria, ya sean ABVD o AIVD con la salud mental de las personas de nuestro proyecto de investigación.

4.1.2.2.3. Objetivo 6. Comparar la autonomía funcional y cognitiva por sexo en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación

4.1.2.2.4. Objetivo 7. Comparar la autonomía de las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación por los distintos pueblos elegidos de Navarra

4.1.2.2.5. Objetivo 8. Comparar la autonomía de la edad por sexo en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación, tanto AVD como mentales.

4.1.2.2.6. Objetivo 9. Comparar la autonomía de la edad por pueblos en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación, tanto AVD como mentales

4.2. HIPÓTESIS

4.2.1. Hipótesis general

Las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra, presentan un perfil de autonomía que les capacita para permanecer en su domicilio.

Veamos los grados de dependencia que valora el Gobierno de Navarra:

4.2.2. Hipótesis específicas

Los índices utilizados en la valoración clínica de la capacidad funcional:

1. **Índice de Barthel** para las actividades básicas de la vida diaria incluye las actividades de comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular, escalones (subir y bajar) (Mahoney y Barthel, 1965).

2. Índice de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria contiene actividades de: uso del teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad sobre la medicación, capacidad para utilizar el dinero (Lawton Brody, 1969).

4.2.2.1. Hipótesis 2: Las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra, presentan un perfil de autonomía en Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD) que les capacita para permanecer en su domicilio.

4.2.2.2. Hipótesis 3: Estudiar la capacidad de desempeñar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en las personas mayores de + 70 años en nuestra Comunidad foral Navarra que tiene cierta autonomía con las que tienen cierta dependencia.

Aquí ponemos el índice de Lawton y Brody. Querejeta nos habla de las AIVD (Querejeta, 2004). Estudiando la autonomía de estas personas, veremos la ayuda específica que necesitan para poder permanecer en sus domicilios. Hemos visto, que Lawton nos habla de la diferencia de sexo para estas actividades. Son actividades más complejas que las ABVD. Por lo que si en AIVD son autónomas, también lo serán en ABVD. Y esto quiere decir, que esas personas autónomas en AIVD, no necesitan ayuda en ABVD.

4.2.2.3. Hipótesis 4. Aquí vamos a ver la hipótesis relacionada con el objetivo psicológico.

Las personas mayores de 70 años que presenta una autonomía mental que les permite permanecer en su domicilio con la ayuda del centro de salud mental correspondiente.

Vemos el índice de Lobo, que utilizamos para este proyecto de investigación

4.2.2.4. Hipótesis 5. Deseamos correlacionar la autonomía funcional y la mental.

Las personas mayores de +70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra presentan una autonomía funcional y mental que están relacionadas y van de la mano. Esta hipótesis nos habla de la autonomía en ABVD y en AIVD con la autonomía mental.

Veremos que estas autonomías están relacionadas. Y lo mismo, si hay dependencia, también están relacionadas.

Comprobaremos los resultados la correlación entre Barthel, Lawton y Minimal. Y veremos que esta correlación existe y que es positiva. Esto nos hará saber las ayudas que necesitan estas personas, tanto a nivel formal como informal.

Deterioro funcional y cognitivo van de la mano. Estas personas presentan conductas generadoras de demencia y con grandes dificultades funcionales. Retrasar en lo posible la institucionalización y el aislamiento social

4.2.2.5. Hipótesis 6. Las personas mayores de + 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra presentan una autonomía MENOR en AVD y mental en el sexo femenino.

Las mujeres tienen peor salud y se cuidan menos, por lo que presentan una mayor dependencia. Son cuidadoras desde hace tiempo de sus cónyuges, padre/madres, suegros/suegras.

4.2.2.6. Hipótesis 7: Las personas mayores de + 70 años de los pueblos elegidos de nuestro proyecto de investigación presentan una autonomía en ABVD y AIVD y mental diferente según la zona en que viven.

4.2.2.7. Hipótesis 8: Las personas mayores de + 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra presentan una edad mayor en el sexo femenino. Se ve claramente que la dependencia es femenina. De un total de beneficiarios 753.842, 498.952 (66%) se corresponden a mujeres, y 254.890 (34%) se corresponden con hombres. Esto es debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, lo que nos lleva a un mayor riesgo de poder encontrarse en situación de dependencia

4.2.2.8. Hipótesis 9: Las personas mayores de + 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra presentan una edad parecida en los distintos pueblos en que se ha basado este proyecto de investigación. Como hemos podido comprobar. La media de edad es 80 y + en todos los pueblos de nuestra investigación

Resumiendo:

OBJETIVOS	HIPÓTESIS
1. GENERAL:	1. GENERAL
Conocer el perfil de las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra, de los pueblos que hemos elegido para el proyecto de investigación, con los criterios de selección, que son autónomas para poder permanecer en sus domicilios frente a las que tienen alguna dependencia.	Las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra, presentan un perfil de autonomía que les capacita para permanecer en su domicilio.
2. Conocer a las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presenta una autonomía en ABVD para permanecer en sus domicilio.	2. Las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra, presentan un perfil de autonomía en Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD) que les capacita para permanecer en su domicilio. Veamos las puntuaciones de Barthel.
3. Conocer a las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presenta una autonomía en AIVD para permanecer en sus domicilio.	3. Estudiar la capacidad de desempeñar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en las personas mayores de + 70 años en nuestra Comunidad Foral Navarra que tiene cierta autonomía con las que tienen cierta dependencia
4. Analizar las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presenta una autonomía en salud mental para permanecer en sus domicilio, siempre controladas por los servicios de salud mental de zona para subsanar cualquier deterioro cognitivo. Aquí vamos a utilizar el Minimental de Lobo que está validado en España.	4. Aquí vamos a ver la hipótesis relacionada con el objetivo psicológico. Las personas mayores de 70 años que presenta una autonomía mental que les permite permanecer en su domicilio con la ayuda del centro de salud mental correspondiente. Vemos el índice de Lobo, que utilizamos para este proyecto de investigación
5. Determinar la correlación que hay entre la autonomía en AVD y mental en las personas mayores de 70 años de la CFN de la investigación. Pretendemos ver la correlación que hay entre autonomía funcional y cognitiva frente a la dependencia funcional y cognitiva, que van de la mano. Para ello, correlacionamos los tres cuestionarios que se les hace: Barthel, Lawton y Minimental y vemos la correlación en actividades de la vida diaria, ya sean ABVD o AIVD con la salud mental de las personas de nuestro proyecto de investigación.	5. Deseamos correlacionar la autonomía funcional y la mental. Las personas mayores de +70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra presentan una autonomía funcional y mental que están relacionadas y van de la mano. Esta hipótesis nos habla de la autonomía en ABVD y en AIVD con la autonomía mental. Veremos que estas autonomías están relacionadas. Y, lo mismo, si hay dependencia, también están relacionadas.
6. Comparar la autonomía funcional y cognitiva por sexo en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación	6. Las personas mayores de + 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra presentan una autonomía MENOR en AVD y mental en el sexo femenino. Las mujeres tienen peor salud y se cuidan menos, por lo que presentan una mayor dependencia. Son cuidadoras largo tiempo de sus cónyuges, padre/madres, suegros/suegras.
7. Comparar la autonomía de las personas mayores de	7. Las personas mayores de + 70 años de los pueblos

70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación por los distintos pueblos elegidos de Navarra	elegidos de nuestro proyecto de investigación presentan una autonomía en ABVD y AIVD y mental diferente según la zona en que viven.
8. Comparar la autonomía de la edad por sexo en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación, tanto AVD como mentales.	8. Las personas mayores de + 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra presentan una edad mayor en el sexo femenino.
9. Comparar la autonomía de la edad por pueblos en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación, tanto AVD como mentales.	9. Las personas mayores de + 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra presentan una edad parecida en los distintos pueblos en que se ha basado este proyecto de investigación. Como hemos podido comprobar. La media de edad es 80 y + en todos los pueblos de nuestra investigación

4.3. POBLACIÓN

Población o Universo: Las personas mayores de la Comunidad Foral Navarra de 70 y más años. Se estima una población en Navarra de 22, 90% que componen el estudio. De este universo se llevará a cabo una muestra de conveniencia de personas mayores de 70 y más años de la Comunidad Foral, entre personas usuarias de Centros de Salud de la Comunidad foral Navarra. Creemos que podemos tener una muestra de unas 89 personas, que nos las dan desde los centros de Atención Primaria a través del Departamento de investigación de Atención Primaria.

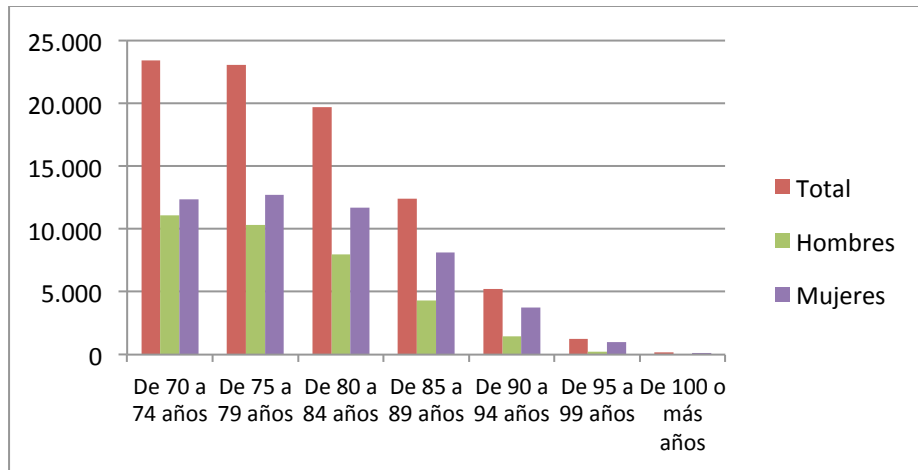
4.3.1. Población diana

Todas las personas mayores de 70 años. Vimos toda la población navarra y de ahí sacamos los mayores de 70 años. Población de Navarra: Somos 644.477 habitantes. Hombres: 320.933 (49,78%) y Mujeres: 323.544 (50,22%). Como se puede observar, estamos bastante igualados, hombres y mujeres.

4.3.2. Población mayor de 70 años

Total de 85.234. Hombres: 35.389 (41,52%) y mujeres: 49.845 (58,48%). Esta es la población de nuestra investigación. Hemos creído conveniente sacarla de la gráfica total para estudiarla con más detalle. Estas personas son las que vamos a analizar en nuestro proyecto de investigación.

Tramo de edad	Total	Hombres	Mujeres
De 70 a 74 años	23.437	11.082	12.355
De 75 a 79 años	23.049	10.326	12.723
De 80 a 84 años	19.687	7.960	11.727
De 85 a 89 años	12.414	4.301	8.113
De 90 a 94 años	5.210	1.445	3.765
De 95 a 99 años	1.256	243	1.013
De 100 o más años	181	32	149
TOTAL	85.234	35.389	49.845



4.4. MUESTRA DE LOS SUJETOS Y PUEBLOS DE NUESTRO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Se recogerá una muestra aleatoria de los pueblos de la Comunidad Foral Navarra. Siendo entre los pueblos que se adhieran al estudio unas 89 personas mayores de + 70 años: Casco Viejo (15), Leitza (15), Tudela Oeste (14), Sangüesa (15), Estella (15), Buztintxuri (15). Con una confianza del 95% y un error estándar del 2%. Lo que decide la validez en las pruebas diagnósticas es la sensibilidad y la especificidad. Utilizaremos el índice de Kappa que cuantifica el índice de acuerdos real no debidos al azar sobre la coincidencia máxima. Este varía de -1 (desacuerdo total) a 1 (acuerdo total) de 0 a 0,2 acuerdos débiles, de 0,2 a 0,4 buenos, de 0,4 a 0,6 moderados y de 0,8 a 1 casi perfectos.

Las técnicas de muestreo son estadísticas que nos llevan a seleccionar una muestra representativa de la población de la comunidad de Navarra para inferir los resultados de la investigación. Como sabemos, existen dos grandes tipologías de muestreo: 1. Muestreo probabilístico: aquel que cualquier individuo de la población tiene la misma probabilidad de entrar a formar parte de la muestra y 2. Muestreo no probabilístico: aquel que no conocemos la probabilidad asociada del individuo de formar parte de la muestra de nuestra investigación (Icart et al., 2006).

Nosotros vamos a utilizar éste, ya que se determinó la muestra con unos criterios de selección y con la ayuda de otros profesionales. Como veremos más adelante, en estos estudios de tipo cualitativo y cuantitativo; triangulando las dos metodologías. Al ser un estudio de **Trabajo Social**, he creído conveniente el enfoque cualitativo, pero sin olvidar que en él, existen datos que nos llevan a complementarse con un estudio cuantitativo, que nos permite datos numéricos de variables utilizadas. Como ya hemos analizados los objetivos y queremos probar las hipótesis planteadas, necesitamos una muestra de personas mayores de 70 años de la Comunidad foral. Para ello, hemos conectado con la dirección de Atención Primaria de Navarra, situada en el edificio de Conde Oliveto, ya que la Universidad Pública de Navarra tiene un convenio firmado con Salud para favorecer la investigación en sus centros y hospitales.

La selección se hizo a partir de la población de personas mayores de los centros de salud de los pueblos seleccionados de la Comunidad Foral. Estos son los indicados anteriormente: Casco Viejo de Pamplona, Leitza, Sangüesa, Estella, Tudela Oeste y Buztintxuri. Esta participación fue voluntaria. Y, firmando un documento de consentimiento informado, el cual podían declinar y dejar de pertenecer en cualquier momento de la investigación.

Para la estimación del tamaño de la población de las personas mayores de Navarra se midió por el rango de edad elegido: + de 70 años. Se estima que el tamaño de la población solicitada es de 89 Personas (70,8% mujeres y 29,2% hombres). Para el cálculo de tamaño muestral, se admite un límite superior para el error muestral para la población de mayores de la comunidad Foral de Navarra menor al 10% a un nivel de confianza del 95%, valor mínimo consensuado por la comunidad científica.

Tenemos que tener en cuenta: 1. La población de referencia sobre la que se desea extrapolar los resultados. 2. La población susceptible a ser incluida en la muestra. 3. La definición de variables por las que se va a caracterizar el proceso. 4. La escala de medida a utilizar y la definición de caso. Los casos se seleccionan según cada uno de los pueblos proporcional al número de personas en cada estrato ya sean rurales o urbanas.

La aleatorización se implementó mediante listados de números aleatorios generados por ordenador, asignando previamente un número a cada uno de las personas de los pueblos elegidos (criterio de confidencialidad). Se seleccionan un número de personas mayores por pueblos elegidos. Como tenemos una representación de 6 pueblos y barrios de Navarra, nos toca a 15 personas por pueblo de forma paritaria, excepto Tudela Oeste, que son 14 personas.

4.4.1. Pueblos de Navarra

Elegidos para esta investigación: Buztintxuri, Casco Viejo, Estella, Leitza, Sangüesa y Tudela Oeste. Como vemos, de cada centro se elige unas personas mayores y vemos el porcentaje en este cuadro. Son en cada centro 15 pacientes (16,9%), excepto Tudela Oeste, que son 14 personas (15,7%)

CENTROS DE SALUD	Recuento	Porcentaje
BUZTINTXURI	15	16,9%
CASCO VIEJO	15	16,9%
ESTELLA	15	16,9%
LEITZA	15	16,9%
SANGÜESA	15	16,9%
TUDELA OESTE	14	15,7%

4.4.2. Sujetos

Tenemos una muestra de 63 mujeres (70,8%) y 26 hombres (29,2%).

Sexo	Recuento	Porcentaje
F	63	70,8%
M	26	29,2%

4.5. VARIABLES

Para analizar los objetivos que nos habíamos propuestos tanto biomédicos como psicológicos y social y comprobar las hipótesis propuestas en esta investigación, utilizamos

varios cuestionarios que se utilizan diariamente en las consultas de Atención Primaria y sirven para valorar la dependencia de las personas mayores. Estos evaluaban: 1. Las características sociodemográficas, 2. La capacidad funcional para las actividades de la vida diaria, 3. Factores relacionados con la salud física y psicológica y 4. Las cargas de los cuidados, tanto informales como formales, prestados a las personas que salen que son dependientes.

El envejecimiento de la población de Navarra presenta características diferentes en función de las variables sociodemográficas: **Edad**, **sexo**, el nivel de estudios y socioeconómico y la situación familiar. Las personas mayores son muy diferentes y viven circunstancias diferentes y no es un grupo homogéneo. Son un grupo muy heterogéneo y con características muy diferentes **según dónde vivan** o qué nivel socioeconómico tengan. Pues no es lo mismo una persona mayor del Casco Viejo que las de Leiza. Su nivel de ingresos es diferente y el entorno en que vive es distinto.

Tipos de variables según la escala de medida: A) Variables categóricas (cualitativas): datos no métricos Ej.: HTA sí/no. B) cuantitativas: datos métricos Ej.: edad, glucemia. **1. Variables cualitativas:** a) Nominales: (escala nominal). Con 2 categorías: binarias o dicotómicas. Sexo: masculino / femenino. Con más de 2 categorías. Tipo de infarto: leve, agudo, muerte repentina. b) Ordinales: categorías ordenadas (escala ordinal). Clase social (I- V); nivel educativo. Tabaco: no, fumador moderado, fumador importante.

2. Variables cuantitativas: a) Discretas. Cuando los valores numéricos son fijos y no pueden tomar valores intermedios entre dichos valores. Recuentos; medición exacta; Número de hijos. Número de intervenciones. Generalmente, discretas con muchos valores pueden considerarse continuas. b) Continuas: Cuando los valores numéricos que puede tomar son cualquiera dentro de un intervalo: Edad. Talla. Presión arterial sistólica.

4.5.1. Estadísticos descriptivos en variables cuantitativas

Aquí ponemos las medidas que vamos a utilizar:

- A) **Medidas de tendencia central:** 1. **Media:** Valor en torno al cual se agrupan la mayoría de las observaciones. Muy afectada por extremos. 2. **Mediana:** valor tal que el 50% son menores a él. Valor central de las observaciones ordenadas. Más robusta. 3. **Moda:** es el valor más frecuente de la distribución. Útil en discretas o cualitativas.
- B) **Medidas de dispersión:** 1. Rango: valor máximo – valor mínimo 2. **Desviación estándar:** expresa el grado de dispersión con respecto de la medida 3. Varianza: desviación al cuadrado. 4. Amplitud intercuartil: longitud del intervalo que contiene al 50% central de las observaciones. 5. **Coefficiente de variación:** índice de dispersión relativo (adimensional):
- C) **Medidas de posición:** Percentiles: son los 99 valores que dividen la muestra ordenada en 100 grupos iguales no de observaciones: D1= P10; D2= P20. Deciles: Son los valores que dividen la muestra ordenada en 10 grupos con igual no de observaciones: Q1= P25; Q2= D5=P50= Mediana; Q3 = P75. Cuartiles: Son los 3 valores que dividen la muestra ordenada en 4 grupos con igual no de observaciones.
- D) **Medidas de forma:** Coeficiente de Asimetría: Mide lo asimétrica que es una distribución. Curtosis: Mide lo apuntada o aplastada que está una distribución con respecto a la normal

4.5.2. Estadísticos descriptivos en variables cualitativas

Las variables cualitativas: Nominales (Dicotómicas y politómicas) y ordinales

A) Estudios transversales: Números absolutos: Ejemplo: $a = n^{\circ}$ de fumadores, $b = n^{\circ}$ no fumadores. Tasas: Tiempo de seguimiento. Proporciones y porcentajes: $P = \frac{N^{\circ} \text{ de fumadores}}{N^{\circ} \text{ de fumadores} + N^{\circ} \text{ de no fumadores}}$. $P \times 100 = \text{porcentaje } (\%)$. Odds: $o = a/b$ ejemplo: $o = \frac{\text{No de fumadores}}{\text{no de no fumadores}}$.

B) Estudios longitudinales: Incidencia acumulada. Es el seguimiento de no de nuevos casos al inicio del periodo $I = \frac{\text{no de nuevos casos durante un periodo}}{\text{población sana expuesta al inicio del periodo (población de riesgo)}}$. Tasa de incidencia: $T = \frac{\text{No de nuevos caso durante un periodo}}{\text{Total de personas sanas expuestas} \times \text{tiempo duración}}$.

“Como podremos comprobar, nuestra investigación será descriptiva transversal”.

4.5.3. Análisis de los gráficos

Gráficos en Variables cuantitativas: A continuación se describen las variables cuantitativas mediante **la media** (y **la desviación estándar**) o la mediana (y la amplitud intercuartil) en función del grado de homogeneidad y dispersión de la distribución de cada variable...” “Se representan gráficamente mediante **diagramas de cajas**” Detrended normal plot, si los valores observados siguieran una ley Normal, todos los puntos se situarían alrededor de la recta horizontal.

Esto lo veremos en los resultados. A) Los gráficos que vamos a utilizar son en variables cuantitativas: 1. Histograma. 2. Diagrama de cajas (boxplot) 3. Diagrama de cajas agrupadas 4. Diagrama de dispersión. B) Diagramas de variables cualitativas: 1. Diagrama de barras 2. Diagrama de barras agrupadas 3. Diagrama de sectores 4. Diagrama de líneas

Intervalo de confianza: IC (95%): $1 - \alpha$ (alfa) $I.C.95\% (..) = \{ p - z0.975, p + z0.975 \}$

4.5.4. Coeficiente de correlación de Pearson

La relación entre dos variables cuantitativas se puede evaluar mediante datos estadísticos de correlación o mediante modelos de regresión. En la regresión, las variables juegan un papel asimétrico. La variable Y se asume normal (para cada valor de X), pero no hace ningún supuesto sobre la variable X.

En la **correlación (de Pearson)**, se exige que ambas sean normales y que la distribución conjunta de ambas siga una distribución normal multivariante. Usos incorrectos del coeficiente de correlación: Correlación espuria en la que está implicado el tiempo (o el espacio). Relación entre una parte y el todo: cambio relacionado con el valor inicial $Cor(Y_0, Y_1 - Y_0)$: correlación entre “peso inicial” y “variación de peso”. Utilización del coeficiente de correlación como una medida de concordancia (se puede obtener un r muy alto y una concordancia baja). Utilización de muestras sesgadas y/o valores extremos (la correlación puede aumentar mucho en presencia de un valor alejado).

El coeficiente de correlación de Pearson es un estadístico que mide la magnitud de la asociación lineal entre dos variables cuantitativas. Se denota como r , o r_{xy} . Interpretación de r : puede tomar valores entre -1 y 1 Si $r = 1$ Alto grado de correlación + y Si $r = -1$ Bajo grado de

correlación +, Si $r = 0$ correlación nula. Enfoque descriptivo: describe la relación lineal entre ambas variables, ajustando la recta que mejor se ajusta a la nube de puntos. Linealidad: La relación entre X e Y ha de ser lineal. Luego lo veremos cuando pongamos las gráficas de Barthel, Lawton y Minimental.

4.5.5. Pruebas de normalidad

Comprobamos normalidad en la distribución de las diferencias. Los resultados de los test K-S y S-W son significativos y en los gráficos se observan desviaciones de la normalidad importantes. Aplicamos el **test no paramétrico**. Elección del test adecuado (comprobación de los supuestos): Se cumple supuestos de normalidad \rightarrow T-test para muestras independiente. Si igualdad de varianza (Test Levene no significativo) \rightarrow T-test Si varianza distinta (Levene significativo) \rightarrow T-test modificado. No cumple supuesto de normalidad.

4.5.6. Pruebas no paramétricas

Test (prueba) no paramétrico \rightarrow U de Mann-Whitney. Cuando la media no sea una buena medida de tendencia central, por ejemplo en muestras muy asimétricas, las pruebas no paramétricas son preferibles. Cuando se hace prueba no paramétrica recomendable dar mediana y IQ en la descripción de los datos. **Kruskal Wallis**: Es el análogo no paramétrico del Anova de un factor y es una generalización de la prueba U de Mann-Whitney: Utiliza otro estadístico de contraste y otra distribución muestral (Chi2).

No requiere supuestos de normalidad ni de homogeneidad de varianzas. **No paramétrico**: No cumple normalidad o igualdad varianzas \rightarrow Test de Kruskal Wallis Condiciones de aplicación del ANOVA: Normalidad de la variable. Afecta poco al ANOVA (prueba robusta) y puede asumirse si las n de los grupos son grandes ($n > 30$). Homogeneidad de varianzas. Afecta de manera importante cuando los grupos tienen tamaños distintos.

4.5.7. Datos sociodemográficos

1. **Sexo.** La mujer tiene 7 años de expectativa de vida más que el varón, pero también tiene índice más alto de discapacidad.
2. **Edad:** El 4% de la población española tenía en el 2001 más de 80 años. A esta edad, el número de discapacidad aumenta. Se podría hablar de:
 - a) *Personas mayores* de entre 65 y 80 años sanos y que viven su vida sin discapacidad.
 - b) *Muy mayores*, de 80 a 95 años, que algunos están activos y otros requieren servicios socio-sanitarios y ayuda, tanto formal como informal.
 - c) *Los más mayores y centenarios, de 95 y 100 años.*

Según la ONU los clasifica en: octogenarios, nonagenarios y centenarios.

3. **Estado Civil:** 1. solteros. 2. casados. La población española la mitad, un 47,58% está casada entre los 35 y 55 años. Y los ancianos, no son menos. Se cree que los casados tienen un nivel más alto de satisfacción vital, salud mental y física, mayores recursos económicos, mayor apoyo social y un nivel bajo de institucionalizados. La mayoría están casados a los 60 años y continúan.

En los de 70 años la satisfacción es un poco menor, pero la mujer sigue siendo la que se encarga de los cuidados cuando el marido, por edad, tiene algún grado de discapacidad. Los ancianos valoran mucho la compañía y la expresión de sus sentimientos. Y según, encuestas, la vida sexual sigue siendo activa en personas de más de 80 años, a pesar de los estereotipos sociales, que creen que es impropio de las personas mayores mantener relaciones sexuales. 3. viudos. La mayoría son mujeres. Se vuelven a casar antes los hombres. 4. Separados: Este suele ser un tema difícil, ya que aumentan los problemas con los hijos a la hora del apoyo informal.

4. **Nivel de estudios:** 1. sin estudios. 2. Con estudios primarios. 3. Con estudios de bachillerato. 4. Universitarios
5. **Nivel Socioeconómico:** Todos cuentan con la paga de jubilación. Muchos tienen huertas, lo que aumentan los ingresos o disminuyen los gastos
6. **Situación familiar.** La familia constituye el núcleo de la organización social básica proporcionando protección, intimidad, afectos e identidad social. Actualmente, hay cambios en su estructura, en su ciclo y en su evolución, en los roles y en las relaciones intergeneracionales.
7. **Vivienda.** La mayoría cuenta con su vivienda habitual y quieren permanecer en ella hasta que no puedan valerse por sí mismos
8. **Relación con la familia.** Hay de todo. La familia es la que más apoyo social genera
9. **Padecimiento de alguna enfermedad.** Esto es lo que genera dependencia, no los años en sí. Por ello, es importante detectarlas a tiempo para minimizar sus consecuencias.

“Nuestra investigación tratará las variables: sexo, edad y lugar de residencia”.

4.6. TÉCNICAS: CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS.

Diseño del Estudio: Es un **estudio descriptivo transversal**, con una muestra aleatoria en varios puntos de la geografía Navarra. Procurando en todo momento la paridad de sexos. Al principio, pensamos en un motivo de exclusión la institucionalización de los mayores. Pero ahora, creo que perderíamos a un gran grupo de nuestra muestra, ya que Navarra cuenta con gran número de instituciones, tanto públicas como privadas (como hemos podido comprobar en el capítulo 3, dedicado a Navarra). Los cuestionarios de los varios objetivos propuestos, están validados (Palacios, Barthel, Minimental, Zarit, Lawton, Brody). Pasaremos tres cuestionarios:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Test de Barthel 2. Test de Lawton 3. Test Minimental |
|---|

La metodología cualitativa y cuantitativa se lleva a cabo con los cuestionarios repartidos en los diversos centros. Los programas estadísticos (SPSS-20) nos darán la media y desviación estándar. Así como comparación entre variables cuantitativas con la T de Student y la cualitativa con la prueba de la Ji Cuadrado, y la regresión logística no condicionada. Así mismo se realizarán análisis multinivel en los métodos estadísticos empleados. Se realizarán correlaciones entre diferentes variables mediante el Índice de Correlación de Pearson. Y modelos de regresión

lineal múltiple. Dicho tamaño se calcula en función de una confianza del 95% y un error estándar del 2%.

En nuestra tesis hemos creído conveniente utilizar un **diseño de triangulación** (Donolo, 2000). La triangulación tiene sus raíces en otros ámbitos de conocimiento diferentes al de la investigación social como la topografía o navegación. Pero en las ciencias sociales, se refiere la triangulación a la aplicación de distintas metodologías en el análisis de una misma realidad social. Esta técnica no es novedosa sino que se remonta a los orígenes de la investigación social.

Aunque es en los años cincuenta cuando se ve la conveniencia de combinar *la encuesta con el trabajo social* (Vidich y Shapiro, 1955; Zelditch, 1962; Mc call y Simmons, 1969, Sieber, 1973); o técnica concretas de recogida de información como *la entrevista y la observación participante* ((Becker y Geer, 1957; Trow, 1957). En 1959, Campbell y Fiske escriben un artículo en la revista *Psychological Bulletin* (“Convergent and discriminant Validation by the Multitrait-Multimethod Matrix”).

En el artículo se desarrolla la idea de la *operación múltiple*: la necesidad de utilizar más de un método en el proceso de medición para aumentar la *validez* de los hallazgos y el grado de confianza en los mismos. Entendemos por *validez* el grado de adecuación de una medida particular respecto a la realidad a la que apunta, es decir, a la adecuación de cualquier *constructo hipotético*, que se establece: a) Validez Convergente: el acuerdo entre los distintos métodos de medir el mismo constructo. b) Validez discriminante: La diferenciación entre los resultados cuando se emplea el mismo método para asegurar cualidades hipotéticamente diferentes de los mismos objetivos.

En 1966, Webb y otros defienden la necesidad de aplicar una “triangulación de los proceso de medición” para conseguir un mayor grado de validez de los hallazgos de una investigación (Webb et al., 1966:3). 1970, Denzin dedica un apartado en su obra *The Research Act (La parte IV)* a la definición de la triangulación en la investigación social. Los argumentos de Denzin alcanzan una gran repercusión en diferentes campos del conocimiento, como en la *evaluación de programas* (Reichardt y Cook, 1979; Schwartz y Jacobs, 1979; Patton, 1980; Madey, 1982).

Denzin nos habla de cuatro tipos básicos de triangulación posibles: 1. La triangulación de datos es la utilización de varias y variadas fuentes de información sobre un mismo objeto de conocimiento, con el propósito de contrastar la información recabada. 2. La Triangulación de investigadores o equipo interdisciplinarios es la realización de una misma investigación por un equipo de investigadores procedentes de distintas áreas de conocimientos o especialidades en diferentes metodologías, que observan un mismo objeto de estudio desde diferentes puntos de vista, en función de la disciplina científica a la que pertenezcan. 3. La Triangulación teórica implica considerar todas las hipótesis que puedan extraerse de un mismo problema de investigación, lo que nos lleva a abarcar el mayor número de perspectivas de análisis posible. También puede haber diversos investigadores para evitar posibles sesgos teóricos explícitos. 4. La triangulación metodológica puede ser: Intramétodo y entre métodos: 4.1. La triangulación intramétodo se aplica cuando el investigador escoge un único método o estrategia de investigación, pero aplica diferentes técnicas de recogida y de análisis de datos; o cuando repite el mismo método en situaciones y momentos diferentes.

4. El objetivo es comprobar la validez y la fiabilidad de la información que primeramente se ha obtenido. 4.2. La triangulación entre métodos, según Denzin, es la más satisfactoria e ideal, ya que consiste en la combinación de métodos de investigación en la medición de una misma unidad de análisis. Ésta se convierte en vehículo para la validación cruzada (Jick, 1979), cuando se alcanzan los mismo resultado con métodos distintos, pero que apuntan a la misma dimensión del problema de investigación. Denzin en la triangulación entre métodos incluye a los cuatro tipos de investigación, alcanzando con ello, unos resultados muy satisfactorios, cosa que no se lograría por una sola. La fuerza de la triangulación contribuye a la cooperación entre los procedimientos cuantitativos y cualitativos en una misma investigación.

También la triangulación tuvo detractores como Silverman, 1985; Fielding y Fielding, 1986; Blaikie, 1991, que creen que la triangulación favorece la adquisición de un conocimiento más amplio y profundo de la realidad social, aunque niegan que estos conocimientos sean más objetivos y fiables que el obtenido mediante una única metodología. Usamos este diseño, ya que queremos aportar datos cuantitativos y cualitativos: 1. La investigación cualitativa nos da datos acerca del significado del estudio de las personas y del contexto en que viven. 2. La investigación cuantitativa suele ser información generalizable de grupos más bien grandes de personas. Al utilizarlos conjuntamente, lo que nos lleva a una investigación más objetiva y fiable que lo que obtenido en una sola metodología.

Análisis de los datos: hemos utilizado el método mixed-methods para analizar tanto datos cualitativos como cuantitativos: **1. Datos cuantitativo:** basado en la recogida de datos y el uso de técnicas estadísticas. Nos interesa conocer la distribución de determinadas variables de la muestra de estudio y establecemos parámetros numéricos en relación a la misma, lo que nos permite ofrecer una imagen con datos cuantitativos de la realidad de las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral objeto de nuestra investigación.

2. Datos cualitativos: para analizar estos datos debemos establecer una codificación de éstos. Ya que al especificar las preguntas de los cuestionarios y la entrevista, hemos hecho categorías de ellos. Aquí tenemos en cuenta las unidades de datos y las palabras claves. Esto nos permite determinar el nivel de significación. Luego interrelacionaremos estos datos cuantitativos y cualitativos.

En esta investigación:

1. Número de personas mayores (+70) participantes en nuestra investigación
2. Número de personas mayores que viven en medio rural, urbano o semiurbano. Hemos elegidos: pueblo del norte: Leizaola; del sur: Tudela Oeste; del este: Sangüesa; del Oeste: Estella; Centro ciudad: Casco Viejo y alrededor de la ciudad: Buztintxuri. Estos dos últimos son: El Casco Viejo, donde vive la gente más mayor de Pamplona y Buztintxuri, donde la mayoría de la gente es joven. Los mayores están en el pueblo de Artica y en la Residencia de las Hermanitas de los Pobres. También alrededor de la estación de tren.
3. Número de personas mayores de 70 años disgregadas por sexo
4. Número de personas mayores de 70 años con autonomía funcional en Actividades Básicas de la Vida Diaria. (ABVD)
5. Número de personas mayores de 70 años con autonomía funcional en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

6. Número de personas mayores con autonomía cognitiva.
7. Número de personas mayores de 70 años que correlacionan autonomía funcional y cognitivo.
8. Número de personas mayores de 70 años con un determinado grado de autonomía disgregado por sexos y edad
9. Número de personas mayores de 70 años con un determinado grado de autonomía funcional y cognitivo por los pueblos y barrios objeto de nuestra investigación
10. Número de personas mayores con cuidadoras: familiares y/o formales.
11. Número de personas mayores que viven en su domicilio
12. Número de personas mayores con estudios: básicos, superiores, formación profesional y universitarios, todas desagregadas por sexo.
13. Número de personas mayores con ingresos altos o bajos desagregadas por sexo
14. Número de personas mayores y estado civil desagregadas por sexo.

Técnicas:

4.6.1. Metodología cuantitativa

Aplicación de cuestionarios para poder realizar un diagnóstico general de la tercera edad en Navarra: Estudio de número amplio de sujetos: Tercera edad, situación general. Técnicas: tests cuestionarios.

1. Instrumentos de valoración clínica de la capacidad funcional:

- 1.1. **Índice de Barthel** para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)), como comer, lavarse, trasladarse (Mahoney y Barthel, 1965).
- 1.2. **Índice de Lawton y Brody** para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) que contiene actividades: Ir de compras, transporte, responsabilidad de la medicación, Capacidad para utilizar el dinero. (Lawton y Brody, 1969),

2. Instrumentos de deterioro cognitivo:

- 2.1. Short Portable mental Status Questionnaire (SPMSQ de Pfeiffer)
- 2.2. **Mini-Examen cognitivo (MEC)**. Utilizamos el de Lobo, que es el validado en España

4.6.2. Metodología cualitativa

Realización de aquellas técnicas que nos ayuden a realizar el diagnóstico de aspectos concretos de los pacientes de la Tercera Edad avanzada. Análisis “cualificado” de los aspectos estudiados en el estudio cualitativo: Cuestiones a estudiar de forma individual: Test cuestionarios:

1. **Capacidad funcional:** es la posibilidad de realizar una vida independiente. Su alteración nos indicará la aparición de enfermedad en el anciano (Alarcón et al.,1993)
 - **ABVD** (Actividades Básicas de la Vida Diaria), que nos permiten mantener una mínima autonomía personal y un nivel básico de calidad de vida. (Mahoney y Barthel, 1965)
 - **AIVD** (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria), que nos permite mantener a la persona en su entorno. (Lawton y Brody, 1969)

2. **Capacidad Cognitiva:** la capacidad de realizar funciones intelectuales, como recordar, conversar y resolver problemas entre otros (González et al., 1993) 1. SPMSQ de Pfeiffer.

4.6.3. Instrumentos de medida

1. Capacidad funcional para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria evaluadas a través del índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) y el índice de Lawton y Brody (Lawton y Brody, 1969; Lawton, 1972).

1.1. El índice de Barthel ABVD (Actividades Básicas de la vida diaria), que nos permiten mantener una mínima autonomía personal y un nivel básico de calidad de vida. Estas necesidades básicas son: comida, baño, higiene personal, vestirse, continencia urinaria y fecal, utilización del WC, subir y bajar escaleras. Categorizan las actividades de manera diferente (0,5,10,15). La puntuación total oscila de 0 a 100, es decir, de menor a mayor independencia. De 0 a 90 si utiliza silla de ruedas. (Mahoney y Barthel, 1965). Puntuaciones:

- Entre 60 y 95, indica dependencia leve; al paciente le será necesaria la ayuda de alguna persona en determinados momentos. Y como no existe en el Estado, estas personas son independientes, aunque con alguna dependencia
- Entre 40 y 55, la dependencia es moderada.
- Entre 20 y 35, es severa
- Si es < 20, es totalmente dependiente

Es importante advertir dónde está la dependencia para realizar la intervención adecuada. Se suele hacer anualmente. La versión española del Índice de Barthel con una reproducibilidad excelente, con un coeficiente de correlación Kappa ponderado de 0,98 intraobservador y superiores a 0,88 interobservador (Bertrán y Pasarín, 1992; Baztán, González y Del Ser, 1994). En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se observa un coeficiente alpha de Cronbach que oscila entre 0,86 y 0,92 (Cid y Damián, 1997). El instrumento adaptado a nuestro medio por **Baztán y colaboradores** (Baztán et al., 1993; Baztán, González y de Ser, 1994)) Fijan los siguientes niveles de dependencia en función de la puntuación total obtenida.

Índice de Baztán y colaboradores/Barthel	
Grado de dependencia	Puntuación total
Dependencia Total	< 20
Dependencia Severa o grave	20-35
Dependencia Moderada	40-55
Dependencia Leve	60-85
Independiente	100

Veremos que a partir de 55, el Gobierno, no considera dependencia.

1.3. Índice de Lawton y Brody. AIVD (Actividades instrumentales de la vida diaria), que evalúa la capacidad funcional y son tareas que implican manejo de utensilios habituales, que nos permite mantener a la persona en su entorno. (0-8 puntos para mujeres; 0-5 puntos para hombres): Tener cuidado de la casa, lavado de la ropa, preparación de la comida, ir a comprar, usar el teléfono,

uso del transporte, manejo del dinero y responsable de los medicamentos; son funciones más complejas y que requieren un mayor grado de independencia y la capacidad para realizar las anteriores.

Cada función realizada con independencia (1 punto) o dependencia (0 punto) y el resultado final es el nivel de dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Se puntúa lo que el paciente hace y no lo que puede hacer. (Lawton y Brody, 1969; Lawton, 1972). La aparición de demencia se predice con 4 funciones instrumentales de la vida diaria: El uso del teléfono. El uso del transporte. La capacidad para controlar la medicación. El manejo del dinero. Es importante ver dónde está la dependencia para intervenir cuanto antes. En personas mayores esto se debe hacer anualmente. Nunca se valora sola sino acompañada por los resultados de las ABVD. Pero si salen niveles de dependencia altos en ABVD también los dará en AIVD. Si la escala de Barthel <35 , no requiere realizarla.

2. Capacidad psicológica

2.1. Capacidad Cognitiva: la capacidad para realizar funciones intelectuales (pensar, recordar, percibir, comunicar...). Estas alteraciones son un síndrome que debemos evaluar lo antes posible para poder actuar cuanto antes. Función Cognitiva: Utilizaremos escalas de función mental. Son orientativos de posibles deterioros que será confirmado con otras escalas más precisas o pruebas complementarias. Son utilizadas como cribado y detectan alteraciones mínimas. Estas son:

1. **Mini-Mental Test Examination de Folstein** o la adaptación hecha por **Lobo (MEC)**
2. **El Cuestionario del estado mental de Pfeiffer.** (Éste es importante en la atención domiciliaria). Short Portable mental Status Questionnaire (SPMSQ de Pfeiffer). Funciones cognitivas que valora: memoria, orientación y capacidad de ejecutar ciertas tareas aritméticas.

Es esencial en las personas mayores, abarca la esfera cognitiva y la afectiva y las variables implicadas en la fragilidad de ambas:

- A) **Fragilidad afectiva.** Existe un 25% de personas mayores con trastorno psíquico y con trastornos de ansiedad y depresión.
- B) **Fragilidad cognitiva-demencia.** Entre 7-10% de los mayores presenta un cuadro de deterioro cognitivo-demencia.

Por eso es importante detectar los factores de riesgo asociados, para identificar al anciano frágil afectivo o cognitivamente. Del 72% al 80% de los casos, el deterioro cognitivo es leve (Iráizoz I. 1999, en ANALES NAVARRA). Esto veremos, que ha cambiado mucho. Pues ese deterioro cognitivo ha pasado a dudoso e incluso a alterado en algunos puntos estudiados de la Comunidad Foral Navarra. Y me pregunto si ha tenido mucho que ver la crisis actual.

2.3. Valoración cognitiva. El deterioro cognitivo tiene una elevada prevalencia, alcanzando a la población general entre un 7-10%. Pero en el ámbito sanitario se ha comprobado que más de 50% de las personas mayores presentan deterioro cognitivo-demencia. Se suele asociar con trastornos conductuales y con síndrome geriátricos como inmovilidad, caídas, impactación fecal, úlceras por presión, etc. Este síndrome geriátrico tiene una impactación directa sobre la esfera funcional y social.

Se asocia con un pronóstico rehabilitador malo y gran consumo de recurso socio-sanitarios. Esta valoración cognitiva se complementa con test de cribado, que aportan objetivación y facilitan la comunicación entre los profesionales. Además, nos permite cuantificar los cambios en el tiempo y vemos la respuesta al tratamiento. Estos test deben tener en cuenta el nivel de instrucción y cultura, ya que si no comprenden o están obnubilados no se puede realizar a los ancianos. Tenemos una gran batería de tests pero vamos a utilizar los más sencillos y cómodos:

Cuestionario de Pfeiffer- SPMSQ (Short Portable Status Questionnaire): Lo bueno de este test es que es sencillo, breve y de aplicación rápida. Explora la orientación temporo-espacial, memoria reciente y remota, información sobre hechos reciente, capacidad de concentración y de cálculo. Presenta una sensibilidad del 68%, una especificidad del 96%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 82%. Se puntúan errores. La puntuación:

- 0 a 2 errores: no deterioro cognitivo
- 3 a 4 errores: deterioro leve de la capacidad intelectual
- 5 a 7 errores: moderado deterioro
- 8 a 10 errores: grave deterioro.

Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE): Es importante en el screenig del deterioro cognitivo moderado. Explora la función intelectual: orientación temporo-espacial, memoria reciente y de fijación, atención, cálculo, capacidad de abstracción, lenguaje. Una puntuación menor de 24 puntos indica deterioro cognitivo, aunque debemos ajustarlo por la edad y años de escolaridad (ver tabla en anexos). Este test tiene mucha información verbal y es importante su utilización en personas con deterioro cognitivo grave. Nos da una sensibilidad del 98% y especificidad del 66% en personas mayores.

Mini-Examen Cognitivo de Lobo y col. (MEC): Es el MMSE de Folstein adaptado al español. Es un test de screening del deterioro cognitivo, en el que se puede obtener una puntuación de 35 puntos, con un punto de corte establecido en 28 puntos. Es un test bueno y rápido y aporta gran información.

Normal:.....	35
Dudoso:.....	22
Alterado:	< 22

2.4. Capacidad social: nos informa de la relación entre el anciano y el medio en el que se desenvuelve. Aquí es importante identificar al cuidador principal. Ahora no tenemos datos, aunque nos hubiese gustado aportarlos. Instrumentos de apoyo sociales. 1. Escala de valoración socio-familiar (Escala de Palacios) 2 Escala de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit) 3. Aislamiento social. Ello nos permite descubrir y cubrir las necesidades de las personas que viven solas para contribuir a su funcionamiento como persona independiente (Baltes, Wahi y Schmid-Furstoss, 1990; Zarit, 1998b) 4. Plan de prestación de servicios. Aquí valoraremos los factores a considerar que son: 1. Relaciones sociales: Estado civil, relaciones familiares, de vecindad y de grupos como clubes, centros de día, etc.) 2. Actividades sociales: Profesión, ocio, salidas de la ciudad, visitas a clubes, iglesias, planes de futuro. 3. Recursos económicos: ingresos económicos como pensiones y ayudas 4. Vivienda: habitual sin barreras arquitectónicas, entorno y servicios públicos 5. Soporte social: convivientes, apoyo emocional e instrumental como tareas domésticas, transporte y ayuda informativa. Como hemos referido, no podemos añadir ningún resultado de estas escalas. Pero creo que es importante reseñarlas para posibles investigaciones. Yo no he tenido acceso a estos datos. Y, lo siento muchísimo, ya que lo social engloba todo.

Todo esto lo veremos en el siguiente capítulo.

A) De las variables cuantitativas: Hallar la media y la desviación estándar cuando tengan una distribución normal y, en caso contrario, la mediana y el rango intercuartílico. Las comparaciones entre grupos se realizarán mediante la prueba de la T de Student y ANOVA o sus equivalentes no paramétricos prueba de U-Mann Whitney o Kruskal Wallis. Se

realizaran correlaciones entre diferentes variables mediante Índice de Correlación de Pearson. Y modelos de regresión lineal múltiple.

B) De las variables categóricas. se analizaran mediante la prueba de la Ji Cuadrado de Pearson, y regresión logística no condicional multivariable

Aplicación de programas estadísticos para correlacionar resultados. El programa a utilizar es la última versión del **SPSS-20**

Otros test que no podemos utilizar para valorar la marcha y el equilibrio: Test de Tinetti. Test de Downton. Test de Timed Up and Go Test (TUG): mide la movilidad, actividad de la vida diaria y caídas. Test de Levantate y anda cronometrado. Test de ejecución SPPB fragilidad. Test de Guralnik (Short Physical Performance Battery) para medir la fragilidad.

4.7. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Cuando comencé este proyecto de investigación, me preguntaba por la autonomía de las personas mayores y mi pregunta era: **¿Aumentaríamos la autonomía de las personas mayores en la Comunidad Foral si se les pasasen antes de los 60 años los test funcionales y cognitivos y, podríamos conseguir con ellos, disminuir la dependencia y aumentar los años libre de discapacidad?**

Por lo que emprendí una lucha titánica con la dirección de Atención Primaria de Pamplona para conseguir los permisos de los datos de mi investigación. Después de años de peticiones constantes (Teléfono, E-mail, visitas, etc.), consigo que me den datos y pueda trabajar con ellos. Debo decir, he contado con ayuda de la Fundación Miguel Servet y los ánimos constantes de mi director (sin ellos, hubiese abandonado mi trabajo de investigación). El proceso ha sido largo pero ha merecido la pena.

I parte: la Fundamentación teórica, que en el **Capítulo 1**, recorremos varias dimensiones como son la bio-médica, psicológica y social. En la primera, sigo las clasificaciones de la OMS sobre anciano sano, enfermo, geriátrico, etc. En la segunda, la psicológica, voy a lo que son los problemas mentales. En lo social, me dedico a hablar sobre el apoyo, tanto formal como informal y la dependencia. Y, como estamos con personas mayores, veremos cómo comunicarnos con ellos y cómo podemos apoyarles para que sean lo más autónomos posibles dentro de su entorno.

En el **Capítulo 2**, doy unas pinceladas de lo que han pensado varios autores sobre la vejez desde una perspectiva filosófica y antropológica y, también, humanista. No podemos olvidar la perspectiva jurídica, que es importantísima en esta etapa de la vida, ya que lo que no está legislado, no se tiene derecho. Aquí hablamos sobre la Ley de la Dependencia.

En el **Capítulo 3**: La parte de los pueblos de Navarra y los datos de éstos han salido de los Padrones de dichos pueblos y de las Zonas Básicas de Salud. Quisiera que este proyecto de investigación fuese leído fuera de nuestra Comunidad Foral de Navarra, por lo que represento la situación geográfica. Somos una comunidad con muchos recursos, tanto sociales como sanitarios, por lo que los reflejo aquí. Ya que, por el efecto Mateo, los que más información tienen, tienen más oportunidades de utilizarlas, yo quiero informar mucho y bien. Elegimos 4 pueblos y 2 barrios de Pamplona. Quise hacer la muestra lo más representativa, ya que somos una comunidad

de contrastes. Pues el norte y el sur, no tienen nada que ver. Uno es montaña, Leiza y, el otro es ribera del Ebro, Tudela. El del este, Sangüesa, tiene unas peculiaridades distintas al del Oeste, Estella. Para los barrios, me decidí por uno muy antiguo: el Casco Viejo, y otro de nueva creación: Buztintxuri. Quise recorrer los puntos distantes de nuestra Comunidad Foral de Navarra y dos puntos céntricos; uno por gente muy mayor y otro con gente más joven e inmigrantes. Espero dar con ello, una visión de la riqueza de gentes y costumbres que tiene nuestra Comunidad Foral Navarra

II. Parte: La parte empírica es la correspondiente a los datos cedidos por Atención Primaria. Y la ayuda inestimable de la Fundación Miguel Servet para ponerlos en el Programa Estadístico SPSS-20, gracias a un curso que hice en el Gobierno de Navarra sobre estadística. Hemos logrado poner los resultados que queríamos extrapolar y que nos son necesarios para las conclusiones y el contraste de hipótesis.

III. Parte: hablo sobre **pautas de intervención** desde las dimensiones que hemos visto en la parte de fundamentación, pues hacemos esta investigación **para poder intervenir** y cambiar lo que no sirva del viejo paradigma que se esté utilizando. Si nos quedamos en ver lo que hemos conseguido, no serviría para nada mi investigación. Pero quiero que sirva para que nuestros mayores vivan en mejores condiciones, en sus domicilios y con sus familiares. Y, que el apoyo, tanto formal como informal, sea valorado y apoyado, ya que es **la mujer**, la que imparte los cuidados de las personas en situación de dependencia.

IV. Parte: veremos limitaciones y vías abiertas a raíz de este proyecto de investigación. Como trabajadora a tiempo total, mi investigación ha tenido el problema del tiempo de dedicación, que ha sido suplido por mi gran dedicación y entrega. Por lo que dejo abiertas vías para otros investigadores, tanto en nuestra comunidad como fuera de ella.

V. Parte: veremos las síntesis, conclusiones y verificación de hipótesis. Todo lo que hemos ido consiguiendo en nuestra investigación, nos llevan directamente a las conclusiones y a las verificación de las hipótesis. Éstas son muchas y variadas.

VI. Parte: Añado la documentación bibliográfica. He pensado poner la primaria y la secundaria, ya que he leído libros, que aportan datos sobre la tercera edad avanzada y charlas, cursos y congresos.

VII. Parte: aporto unos **anexos**, donde veremos los cuestionarios utilizados, pirámides, escalas, mapas y demás.

Lo he dedicado a mi abuela que me enseñó más con su ejemplo que todo lo que he podido aprender con los libros y no he leído pocos. Pongo la poesía de Gabriel y Galán, que ella, cerca ya de los 100 años, aun me la decía de carrerilla. Espero, de corazón, haber cumplido las expectativas puestas en mí por mi director de tesis.

Capítulo 5. DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Lo primero se explicará la obtención de datos, recogida, protección, clasificación y codificación para poder trabajarlos. Se verán los datos propiamente dichos y con los test efectuados, fecha de nacimiento, edad, y sexo y centro de salud, de donde provienen los datos. Seguidamente se hará un análisis descriptivo de la investigación y se terminará con la interpretación de resultados. Aquí nos detendremos bastante, ya que analizamos los datos y los transformamos para poder trabajar con ellos en el programa estadístico SPSS-20.

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

Primero se abordará la cuestión de la obtención de datos y el proceso de recogida. También, cómo no, el compromiso bioético, la protección de dichos datos, la clasificación, la codificación y la destrucción de los datos.

5.1.1. Obtención de datos

Nuestro objetivo fundamental es la Tercera Edad desde una perspectiva biopsicosocial. Se intentará analizar varios aspectos dependiendo de la perspectiva que utilicemos en cada momento.

Perspectivas:

1. **Perspectiva biológica:** Mejorando aspectos como: La calidad de vida, la alimentación, los cuidados médicos, la prevención.
2. **Perspectiva Psicológica:** Detección de las demencias. Depresiones. Éstas en el anciano están infratratadas e infradiagnosticadas.
3. **Perspectiva social.** Datos sociodemográficos: determinar variables diana para establecer las correlaciones entre: 1. Sexo. 2. Edad. 3. Estado Civil. 4. Estructura física de la vivienda. 5. Situación laboral. 6. Estudios. 7 Área de residencia. 8. Salario. 9 Otros ingresos. 10. Estructura del hogar. 11. Relación con su familia.

5.1.2. El procedimiento de recogida de información

Lo primero que hacemos es contactar con la dirección de Atención Primaria responsable de los centros donde debía recoger la información de las personas mayores. Se les solicita el listado de las personas que han aceptado formar parte del estudio. Nunca nombres, sólo números (confidencialidad de datos)

5.1.2.1. El compromiso bioético

Nos obliga a informar a las personas responsables de los centros y a las trabajadoras sociales de los ayuntamientos, de cualquier anomalía o sistema de riesgo social y/o sanitario que se pudiese haber detectado en las personas mayores que participan en nuestro estudio de campo. A lo largo de toda la investigación se respeta en todo momento la confidencialidad y el anonimato de todas las personas mayores participantes.

5.1.2.2. Protección de datos

Son custodiados por la doctoranda en su domicilio y dejando constancia en la Universidad.

5.1.2.3. Clasificación de los datos

Los datos obtenidos son volcados al programa estadístico SPSS- 20.

5.1.2.4. Codificación de los datos

En todo momento se guarda la confidencialidad de las personas que han participado en el estudio. En ningún momento aparecen nombres, sino números. En la dimensión ética he creído conveniente poner algunos artículos del Código deontológico de los Trabajadores Sociales sobre el derecho de las personas a la intimidad y confidencialidad. Y, también, los deberes de los trabajadores sociales sobre el uso de la información

5.1.2.5. Destrucción de los datos

Finalizada la investigación, la doctoranda remitirá los datos a la Universidad y, en caso de que éstos, no sean necesarios para posibles investigaciones futuras, serán eliminados, tanto del ordenado con el programa Securite Delete y con la trituradora con los apuntes a mano.

5.1.3. Datos propiamente dichos

Se verán a las personas mayores: sexo, edad, Centro de Salud, y la repuesta a los test de Barthel, Lawton y Minimental.

DATOS: Número de personas mayores por pueblos y barrios para nuestra investigación.

Nº pacientes	sexo	Fecha Nac.	Centro Salud	Barthel	Lawton	Minimental	Edad
1	F	1942	CASCO VIEJO	85	8	29	74
2	F	1946	CASCO VIEJO	95	7	30	70
3	F	1921	CASCO VIEJO	85	5	18	85
4	F	1932	CASCO VIEJO	90	7	28	74
5	F	1934	CASCO VIEJO	55	2	26	87
6	F	1933	CASCO VIEJO	70	8	17	83
7	F	1932	CASCO VIEJO	85	5	28	84
8	F	1929	CASCO VIEJO	75	2	21	87
9	F	1936	CASCO VIEJO	100	8	23	80
10	F	1929	CASCO VIEJO	100	8	23	87
11	F	1936	CASCO VIEJO	70	7	23	85
12	F	1936	CASCO VIEJO	100	7	20	80
13	F	1916	CASCO VIEJO	90	5	26	100
14	F	1930	CASCO VIEJO	95	6	24	86
15	F	1933	CASCO VIEJO	100	8	24	83
16	F	1935	LEITZA	90	6	10	81
17	F	1924	LEITZA	55	1	30	92
18	M	1945	LEITZA	100	5	29	71
19	M	1934	LEITZA	100	5	23	82
20	M	1929	LEITZA	50	1	27	87
21	M	1939	LEITZA	100	5	29	86
22	M	1932	LEITZA	100	3	9	84
23	F	1932	LEITZA	90	8	10	84
24	M	1937	LEITZA	90	4	2	79
25	F	1928	LEITZA	80	2	24	88
26	F	1936	LEITZA	95	6	19	80
27	F	1930	LEITZA	100	8	23	86
28	F	1939	LEITZA	95	8	24	77
29	M	1942	LEITZA	64	3	30	74
30	M	1936	LEITZA	100	5	29	80
31	F	1938	TUDELA OESTE	95	8	24	95
32	F	1935	TUDELA OESTE	30	1	20	85
33	F	1932	TUDELA OESTE	75	2	16	84
34	F	1920	TUDELA OESTE	80	5	26	90

Nº pacientes	sexo	Fecha Nac.	Centro Salud	Barthel	Lawton	Minimental	Edad
35	F	1932	TUDELA OESTE	70	5	26	84
36	F	1936	TUDELA OESTE	90	1	27	80
37	F	1924	TUDELA OESTE	95	8	19	92
38	F	1919	TUDELA OESTE	80	3	21	97
39	M	1933	TUDELA OESTE	90	1	22	83
40	F	1925	TUDELA OESTE	65	1	12	91
41	F	1934	TUDELA OESTE	100	8	13	82
42	F	1928	TUDELA OESTE	80	2	18	88
43	F	1931	TUDELA OESTE	75	4	26	85
44	M	1930	TUDELA OESTE	80	4	21	86
45	F	1924	SANGÜESA	59	4	28	88
46	F	1941	SANGÜESA	60	2	29	75
47	F	1929	SANGÜESA	75	1	16	87
48	M	1935	SANGÜESA	95	3	28	81
49	F	1936	SANGÜESA	90	3	25	80
50	F	1943	SANGÜESA	100	8	23	73
51	F	1928	SANGÜESA	55	3	21	88
52	F	1933	SANGÜESA	100	7	24	83
53	M	1926	SANGÜESA	75	2	19	90
54	F	1928	SANGÜESA	85	6	24	88
55	F	1940	SANGÜESA	10	1	13	76
56	F	1941	SANGÜESA	80	2	29	75
57	M	1924	SANGÜESA	75	0	20	92
58	F	1928	SANGÜESA	95	7	25	88
59	F	1934	SANGÜESA	95	7	25	82
60	F	1926	ESTELLA	75	2	18	90
61	M	1935	ESTELLA	95	1	21	81
62	F	1925	ESTELLA	55	1	24	91
63	F	1929	ESTELLA	30	2	25	97
64	F	1932	ESTELLA	80	3	17	84
65	M	1947	ESTELLA	85	1	24	69
66	F	1929	ESTELLA	60	2	9	84
67	M	1928	ESTELLA	70	1	25	88
68	M	1932	ESTELLA	55	2	26	84
69	M	1921	ESTELLA	95	2	34	95
70	F	1935	ESTELLA	70	4	20	81
71	F	1929	ESTELLA	60	8	20	87
72	M	1930	ESTELLA	95	5	24	86
73	F	1932	ESTELLA	95	2	21	84
74	F	1932	ESTELLA	90	6	28	84
75	M	1948	BUZTINTXURI	100	5	27	68
76	F	1928	BUZTINTXURI	82	6	21	88
77	F	1934	BUZTINTXURI	100	7	24	82
78	F	1924	BUZTINTXURI	20	1	10	92
79	F	1922	BUZTINTXURI	55	1	11	94
80	M	1952	BUZTINTXURI	95	6	25	64
81	F	1931	BUZTINTXURI	87	3	17	85
82	F	1917	BUZTINTXURI	15	1	18	99
83	M	1933	BUZTINTXURI	100	5	25	83
84	M	1946	BUZTINTXURI	100	5	30	70
85	M	1934	BUZTINTXURI	100	5	30	82
86	M	1938	BUZTINTXURI	100	5	30	78
87	M	1933	BUZTINTXURI	92	1	16	83
88	F	1937	BUZTINTXURI	55	1	16	79
89	F	1926	BUZTINTXURI	86	3	18	90

5.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA INVESTIGACIÓN

Se analizará las características sociodemográficas de la muestra de personas mayores entrevistadas en esta investigación, así como la autonomía funcional y cognitiva que se desprende de nuestra investigación. Detallaremos cada uno de estos cuestionarios especificando las variables medidas y los instrumentos utilizados. El envejecimiento de la población de Navarra presenta características diferentes en función de las variables sociodemográfica. Son un grupo muy heterogéneo y con características muy diferentes según dónde vivan o que nivel socioeconómico tengan.

Pues no es lo mismo una persona mayor del Casco Viejo que una de Buztintxuri, pues su nivel de ingresos es diferente y el entorno en que vive es diferente y las familias son también diferentes. En un estudio que se hizo sobre las expectativas de futuro de la tercera edad en la Comunidad Foral Navarra., un análisis intergeneracional, veían diferencias significativas, entre vivir en la zona norte o hacerlo en la zona sur. Y diferente también en Pamplona. Nos sólo por los ingresos que recibían, sino también por las ayudas, por la cercanía de las familias, por los trabajos de la mujer en dichas localidades, por las ayudas que recibían de los hijos. La calidad de vida era mejor en los pueblos que en Pamplona. (Grande, Ildenfoso y Villanueva María Luisa, 2000).

Por ello, vamos a reflejar algunos datos sociodemográficos:

1. Sexo. *La mujer* tiene 7 años de expectativa de vida más que el varón, pero también tiene índice más alto de discapacidad. Esto lo veremos en los resultados próximos. Ya que ella es la cuidadora de su marido y, como veremos, se cuida poco. Por lo que termina siendo una futura dependiente. La viudedad afecta más a las mujeres. La variable de género es importante.

La edad de la madre es una variable explicativa, ya que la mujer es la que cuida de sus padres, especialmente si es soltera, como sucede en los caseríos vascos. Los hombres viudos tienen más dificultades y dependen más de los hijos que las mujeres viudas. Si la salud del hombre no es buena, pero si la de la mujer, no es tanto el problema. Pero si es la mujer la enferma, tenemos problemas de cuidados, pues el hombre sólo no puede aportarlos y necesita más la ayuda de los hijos u otros familiares.

La variable de género es muy importante, ya que la mitad de las mujeres que siguen trabajando fuera del hogar, al final tienen que reducirse la jornada o dejarlo cuando tienen un familiar mayor en casa.

2. Edad: El 4% de la población española tenía en el 2001 más de 80 años. A esta edad, el número de discapacidad aumenta. La mayoría de las personas mayores gozan de buena salud. **La mayoría de las mujeres de + 70 años, cree que su salud es buena, aquí en Navarra. Y los hombres de +70 años, cree que su salud es mala.** Por ello, tanto la edad como el género son variables que permiten diferenciar las expectativas de salud futura, ya sea buena o mala.

Se podría hablar de: a) *Personas mayores* de entre 65 y 80 años sanos y que viven su vida sin discapacidad. b) *Muy mayores*, de 80 a 95 años, que algunos están activos y otros requieren servicios socio-sanitarios y ayuda, tanto formal como informal. c) *Los más mayores y centenarios, de 95 y 100 años.* Según la ONU los clasifica en: octogenarios, nonagenarios y centenarios.

3. Estado Civil: Solteros/ casados. La población española la mitad, un 47,58% está casada entre los 35 y 55 años. Y los ancianos, no son menos. Se cree que los casados tienen un nivel más alto de

satisfacción vital, salud mental y física, mayores recursos económicos, mayor apoyo social y un nivel bajo de institucionalizados. La mayoría están casados a los 60 años y continúan. Los de 70 años la satisfacción es un poco menor, pero **la mujer** sigue siendo la que se encarga de los cuidados cuando el marido, por edad, tiene algún grado de discapacidad. Los ancianos valoran mucho la compañía y la expresión de sus sentimientos. Y, según encuestas, la vida sexual sigue siendo activa en personas de más de 80 años, a pesar de los estereotipos sociales, que, como decíamos antes, creen que es impropio de las personas mayores mantener relaciones sexuales. Los viudos: La mayoría son mujeres. Se vuelven a casar antes los hombres, que las mujeres. Los separados: Este suele ser un tema difícil, ya que aumentan los problemas con los hijos a la hora del apoyo informal.

4. Nivel de estudios: Sin estudios. Con estudios primarios. Con estudios de bachillerato. Universitarios.

Navarra cuenta con tres universidades, en una de ellas, estudian las personas mayores, como ya hemos explicado antes. Esta Universidad para Mayores Francisco Ynduráin realiza viajes a diversas partes de la geografía española para aumentar sus conocimientos. El que algunos tengan estudios universitarios hacen que se relacionen mejor con el tiempo de ocio. Realizan más actividades y salen más de viaje, lo que se ha comprobado con la disminución de los recursos sociosanitarios. Por ello, es bueno fomentar los estudios, aún fuera del tiempo reglamentario.

5. Nivel Socioeconómico: Todos cuentan con la paga de jubilación. Muchos tienen huertas, lo que aumentan los ingresos o disminuyen los gastos. Que, además, es una fuente de satisfacción y de ocio. Además de otras fuentes de riquezas como pisos o terrenos. El no tener preocupación sobre el cómo vivir, hace que nuestros mayores tengan una vejez más placentera y con ganas de hacer cada día algo nuevo. Dejar la rutina y conocer gente y moverse. El viajar como hemos dicho, es una fuente de placer y disminuye las enfermedades psicosomáticas. Y, con ello, disminuye el gasto sanitario. A la vez, aumentan puestos de trabajo con estos viajes y actividades.

6. Situación familiar. La familia constituye el núcleo de la organización social básica proporcionando protección, intimidad, afectos e identidad social. Muy valorada por nuestros mayores, que quieren permanecer el mayor tiempo posible en ellas. En este estudio referido anteriormente, los hijos a veces ayudan a sus padres, ya sea económicamente o con cuidados en general. Pero siempre se ve, que es la mujer la que presta más ayuda a sus padres que el varón. Las familias grandes están en mejores condiciones de proporcionar ciertos cuidados que las familias reducidas. Si hay que llevarles alguna cita médica, siempre es la hija, nuera, nieta, etc. la que les acompaña. En la familia, si es el padre el que tiene mala salud, pero la mujer está bien; los hijos aportan menos ayuda. Pero si es al contrario, la mujer es la enferma; los hijos deben aportar más ayuda o pedirla al Estado. Pero como vamos viendo a lo largo de esta investigación, hay un gran porcentaje de hijos que no pueden o no quieren prestarles ayuda a los padres y debemos ser los sociosanitarios los que les apoyemos a estas personas mayores para que puedan vivir con dignidad sus últimos días.

7. Vivienda. La mayoría cuenta con su vivienda habitual y quieren permanecer en ella hasta que no puedan valerse por sí mismos. Cuanto más autónomos sean nuestros mayores, mejor estarán en sus casas. Todos los profesionales sociosanitarios debemos juntar nuestras fuerzas para que nuestros mayores permanezcan en sus domicilios la mayor parte del tiempo que les resta de sus vida. Que, como sabemos, no son eternas.

8. Relación con la familia. Hay de todo. La familia es la que más apoyo social genera. Es distinto si la persona mayor vive en el domicilio familiar o si está separado, ya que muchas veces, las visitas de los hijos son a cuenta gotas. Tenemos que pensar que los padres siempre son una fuente de ingresos. No sólo por su pensión, sino también por otras ayudas. Además colaboran con el cuidado de los hijos pequeños. Y, como venimos diciendo, hay una transmisión de saberes y de solidaridad entre abuelos y nietos.

9. Padecimiento de alguna enfermedad. Esto es lo que genera dependencia, no los años en sí. Por ello, es importante detectarlas a tiempo para minimizar sus consecuencias. Aquí en Navarra, se ha abierto el programa de Crónicos para que puedan apoyarles y atenderles en sus dudas cuando el Centro de referencia está cerrado. Es un servicio que colabora en el mejoramiento de estos pacientes y que está cerca para aconsejarles y apoyarles.

5.3. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Interpretación de resultados: Estadística descriptiva: Parte de la estadística que proporciona procedimientos sistemáticos para la organización, recolección, depuración, resumen y presentación de datos que conformarán la muestra.

Para poder analizar los test que hemos utilizado en el paquete estadístico SPSS-20 hemos convertido los test Barthel en Barthelcat, y lo mismo con Lawton y con Minimental. Lawtoncat y Minimentalcat. Programa estadístico: SPSS: Era el acrónimo de ‘Statistical Package for the Social Science’ pero ahora lo es de ‘Statistical Product and Service Solutions’. Es uno de los paquetes estadísticos más populares y más manejado en ciencias de la salud. Es el paquete que tenemos instalado en el SNS-O.

5.3.1. Sujetos de nuestra investigación

Tenemos 89 personas: 63 mujeres (70,8%) y 26 hombres (29,2%). Como podemos comprobar, las mujeres casi triplican a los hombres.

Sexo	Recuento	Porcentaje
F	63	70,8%
M	26	29,2%

5.3.2. Pueblos elegidos

Número de personas por pueblo o barrio y porcentajes de cada uno de ellos. Como podemos comprobar, de todos los pueblos tenemos 15 personas mayores (16,9%), excepto Tudela Oeste, que tenemos 14 (15,7%)

CENTROS DE SALUD	Recuento	Porcentaje
BUZTINTXURI	15	16,9%
CASCO VIEJO	15	16,9%
ESTELLA	15	16,9%
LEITZA	15	16,9%
SANGÜESA	15	16,9%
TUDELA OESTE	14	15,7%

5.3.3. Características de la capacidad funcional y cognitiva

5.3.3.1. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

La media del **Barthel** (ABVD) es de 80,39 (DT 0= 20,723) de las 89 personas que componen la muestra Y los percentiles.

BARTHEL		VALOR
N	Válidos	89
	Perdidos	0
	Media	80, 39
	Desviación típica	20, 723
Tendencia central y dispersión	Percentil 25	7 0,00
	Percentil 50	86, 00
	Percentil 75	95, 00

Nos dice que la mayoría de las personas son válidas en Actividades Básicas de la vida diaria.

La Ley de dependencia no valora como dependientes a las personas con dependencia ligera. Lo que nos dice, es que son autónomas. Con una autonomía para dichas actividades. Puede que requieran pequeñas ayudas en algún concepto, pero no son asumibles por el Estado. Esto nos quiere decir, que nuestros mayores, aquí en Navarra son autónomos en ABVD, en un 84,2%. Y con alguna dependencia el 15,7%, lo que no debemos olvidarnos de ellos.

Resumiendo:

Barthel	Valor	Recuento	porcentaje	Mayor valor
	Autónomos	75	84,2%	AUTÓNOMOS
	Dependientes	14	15,7%	Dependiente

5.3.3.2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Se recordará que Lawton por sexo, hay diferencias entre hombres y mujeres a la hora de evaluar. Las mujeres autónomas son las que tienen 8 puntos y los hombres tienen 5 puntos. Esto nos va a influir en nuestra investigación y tenemos que estar atentos a esto.

Recordemos:

ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY		
Dependencia	Mujeres	Hombres
Dependencia Total	0-1	0
Dependencia Severa	2-3	1
Dependencia moderada	4-5	2-3
Dependencia Leve	6-7	4
Autónomo	8	5

Datos que tenemos: sólo es dependencia cuando hablamos de 4.5 en mujeres y 2-3 en hombres, ya que, la dependencia leve no se considera dependencia.

Valores de LAWTON	Recuento	Porcentaje
0	1	1,1%
1	17	19,1%
2	14	15,7%
3	9	10,1%
4	4	4,5%
5	9	10,1%
6	7	7,9%
7	9	10,1%
8	19	21,3%

La media de Lawton (AIVD) es de 4,38 (DT = 2,073), quiere decir, que la mayoría de las personas de la muestra tienen una dependencia moderada en mujeres y leve en hombres. Y que necesitan ayuda para realizar algunas actividades instrumentales de la vida diaria. La dependencia total de Lawton (1) y (0) nos dan 20% de dependientes. Hemos visto que tenemos casi un 50% de autónomos y otro 46% de dependientes.

LAWTON		Valor
N	Válidos	89
	Perdidos	0
	Media	4, 38
	Desviación típica	2, 703
Tendencia central y dispersión	Percentil 25	2, 00
	Percentil 50	4, 00
	Percentil 75	7, 00

Con la media de 4,38, nos dice que la dependencia es moderada en mujeres y que los hombres son autónomos, ya que la ley no contempla la dependencia ligera o leve.

Vemos que tenemos un 43,8% de autónomos y un 56,2% de dependientes. Más de la mitad, como podemos comprobar, necesitan ayuda. Pero no olvidemos, que tenemos casi un 50% de autónomos.

Recordemos:

LAWTON	VALOR	RECuento	PORCENTAJE	MAYOR VALOR
	Autónomos	39	43,8%	Autónomos
	Dependientes	50	56,2%	DEPENDIENTES

5.3.3.3. Características de la autonomía cognitiva

La media en el test Minimental es de 22,16 (DT = 6,021) Y percentiles (percentil 50: 24,00). Como decíamos, este dato es preocupante, ya que hay deterioro cognitivo entre dudoso y alterado. Esto nos va a llevar a una gran dependencia. Hace tiempo, Iraizoz decía en 1999, que el 70-80% de los navarros tenían una salud mental estúpida.

MINIMENTAL		Valor
N	Válidos	89
	Perdidos	0
	Media	22, 16
	Desviación típica	6, 021
Tendencia central y dispersión	Percentil 25	19, 00
	Percentil 50	24, 00
	Percentil 75	26, 00

El Minimental: **Aquí utilizamos el de Fotstein o la adaptación de Lobo (MEC)**

Normal:	35
Dudoso:	22
Alterado:	< 22

Estamos con la media en el límite de 22, 16 (DT = 6,021). Sabemos que hay pueblos y barrios que tienen peor dato de salud mental. Como sabemos, por el estudio de Grande y Villanueva en el 2000, la salud mental muy mala era peor en el Sur y en Pamplona. Y la buena era menor en el Sur y en Pamplona. Nuestro estudio revelará cosas que nos confundirán con este estudio del 2000. Seguimos pensando, si todo ello, se le puede achacar a la crisis de estos años. Como digo, este dato es preocupante. Y tenemos que ponernos manos a la obra y trabajar para revertirlo. Es tarea de todos y cada uno de nosotros.

5.3.4. Edad

La media es 83,88 (6,970)

EDAD		VALOR
N	Válidos	89
	Perdidos	0
	Media	83, 88
	Desviación típica	6, 970
Tendencia central y dispersión	Percentil 25	8 0,00
	Percentil 50	84, 00
	Percentil 75	88, 00

La media de edad es 83,88 (DT= 6,970). Como podemos comprobar casi la media es el percentil 50: 84,00. La totalidad de las personas de nuestra investigación tienen más de 80 años. Y con la edad, aumenta la dependencia. Las mujeres son las de dependencia moderada. Necesitarán ayuda y, además a largo tiempo. Esta edad tan elevada nos va a restar en autonomía. Vemos que la edad es mayor en el sexo femenino (85 años frente a 82 años). Lo que nos lleva a pensar que las mujeres viven más y llegan a dependencia más tarde y peor. Están mucho tiempo de cuidadoras de sus maridos/padres/suegros.

5.3.5. Reconversión de datos

Para mejor tratamiento de los datos que tenemos, necesitamos reconvertirlos con el programa estadístico SPSS-20.

5.3.5.1. Barthelcat

Hacemos la reconversión de Barthel en **Barthelcat** y tenemos: Autónomos (0): 19 personas mayores (21,3%), dependencia ligera (1): 56 personas mayores (62,9%), dependencia moderada (2): 9 personas mayores (10,1%), dependencia severa (3): 3 personas mayores (3,4%) y dependencia total (4): 2 personas mayores (2,2%)

Barthelcat		Valor	Recuento	Porcentaje
Valores válidos	0	Autónomo	19	21,3%
	1	Dependencia ligera	56	62,9%
	2	Dependencia moderada	9	10,1%
	3	Dependencia severa	3	3,4%
	4	Dependencia total	2	2,2%

Recordemos:

Barthel	Valor	Recuento	porcentaje	Mayor valor
	Autónomos	75	84,2	Autónomos
	Dependientes	14	15,7	Dependientes

Lo que nos lleva a pensar, que en las ABVD, la autonomía es de $62,9\% + 21,3\% = 84,1\%$

Esto nos dice: que las personas de nuestra muestra son autónomas en su mayoría. Que existe un porcentaje muy bajo de dependencia severa (3,4%) y otro porcentaje bajo de dependencia total (2,2%). Y que la dependencia moderada es de 10%. Estas personas necesitan ayuda para realizar las ABVD, pero vemos que son pocas. Como decíamos, la mayoría de estos cuidados los asumen los familiares. Pero es un dato importante, que la mayoría son autónomos. Como vimos anteriormente, la Ley de Dependencia, no asume a la dependencia ligera, por lo que los considera, autónomos, pero sin olvidar a ese % de severos y totales.

5.3.5.2. Lawtoncat

Hacemos lo mismo con Lawton convirtiéndolo en **Lawtoncat**: Autónomos (0): 25 personas (28,1%), dependencia ligera (1): 14 personas (15,7%), dependencia moderada (2): 15 personas (16,9%), dependencia severa (3): 23 personas (25,8%), dependencia total (4): 12 personas (13,5%). En total tenemos 89 personas. Podemos decir, que tenemos casi un 30% de autónomos y casi otro 39% de dependencia severa + total.

Lawtoncat		Valor	Recuento	Porcentaje
	0	autónomo	25	28,1%
	1	dependencia ligera	14	15,7%
Valores válidos	2	dependencia moderada	15	16,9%
	3	dependencia severa	23	25,8%
	4	dependencia total	12	13,5%

Recordemos:

LAWTON	VALOR	RECuento	PORCENTAJE	MAYOR VALOR
	Autónomos	39	43,8%	Autónomos
	Dependientes	50	56,2%	Dependientes

Como podemos comprobar, Autónomos serían 43,8% frente a dependencia severa y total otro 39,3%. La dependencia moderada nos da casi un 17%. Así, que nos da que el 56,2% necesitan ayuda para realizar AIVD como ir al banco para sacar dinero, administrar su medicación, moverse en autobús, etc. Frente a un 43,8 que se consideran autónomos o con algunas dependencias menores. Pero que no están asumidas por la Ley de Dependencia. Estos cuidados menores, por así decirlo, recaen en la familia. Los otros, los dependientes, serán controlados por los encargados de suministrar estas ayudas, que son los Trabajadores Sociales. Aunque estas ayudas llegan tarde o nunca o cuando llegan, las personas ya no existen. Lo que nos lleva a intentar que se les haga cuanto antes los test para empezar a disponer de ayudas para cuidados especiales y no depender en todo momento de la familia y, sobre todo, de la mujer, ya sea, esposa, hija, nuera, etc.

5.3.5.3. Minimentalcat

Reconvertimos Minimental en **Minimentalcat**: normal > 30. Como podemos comprobar solo tenemos 1 persona mayor normal: > 30, lo que nos da (1,1%). Dudosos: 22-30. Tenemos 51 personas mayores (57,3%) y alterados: < 22. Tenemos 37 personas mayores (41,6%)

Lo que nos da, que el mayor porcentaje está entre dudoso (57,3%) + alterado (41,6%)

Minimentalcat		Valor	Recuento	Porcentaje
Valores válidos	0	Normal (>30)	1	1,1%
	1	Dudoso (22-30)	51	57,3%
	2	Alterado (<22)	37	41,6%

5.3.6. Correlaciones no paramétricas

Se elegirá el test adecuado: Las diferencias entre pares cumplen el supuesto de normalidad:

1. Pruebas paramétricas → T-test para muestra relacionadas. No cumple el supuesto de normalidad.
2. Pruebas no paramétricas → Test de Wilcoxon para muestras relacionadas. Éste es el que vamos a utilizar. Los resultados de los test K-S y S-W son significativos (veremos más adelante) y en los gráficos veremos desviaciones de la normalidad importante, por lo que aplicamos el test no paramétrico. Para comprobación de los supuestos y elección del test adecuado:

1. Paramétricos: Si se cumple normalidad e igualdad de varianzas → ANOVA de un factor.
2. No paramétrico: no se cumple normalidad o igualdad de varianzas → Test de Kruskal Wallis

Condiciones de aplicación del ANOVA: *Normalidad de la variable*. Afecta poco al ANOVA (prueba robusta) y puede asumirse si las *n* de los grupos son grandes. *Homogeneidad de varianzas*. Afecta de manera importante cuando los grupos tienen tamaños distintos.

Correlaciones			BARTHEL	LAWTON	MINIMENTAL
Rho de Spearman	BARTHEL LAWTON MINIMENTAL	Coefic. de correlación	1,000	,616**	,228*
		Sig. (bilateral)	.	,000	,032
		N	89	89	89
		Coefic. de correlación	,616**	1,000	,164
		Sig. (bilateral)	,000	.	,125
		N	89	89	89
		Coefic. de correlación	,228*	,164	1,000
		Sig. (bilateral)	,032	,125	.
		N	89	89	89

Con la primera línea: podíamos concluir: Se puede ver que hay correlación entre Barthel y Lawton y menos entre Barthel y Minimental en la primera línea. Pero existe correlación y es +

Podemos decir lo mismo de Lawton con Barthel y con Minimental. Con este último la correlación que hay es menor. Y Minimental con Barthel tiene correlación +, pero menor con Lawton, pero también es +. (Recordemos que la correlación + es entre +1 y -1). Como veremos más adelante, esta correlación nos dice que si las personas son autónomas en AVD, ya sean ABVD o AIVD, serán en salud mental. Aunque debemos decir, que la relación + nos lleva a pensar, que cuando hay dependencia en AVD también hay deterioro cognitivo. Estos van de la mano o en paralelo. Vemos que al depender estas personas, requieren unas ayudas más específicas y crónicas en el tiempo. Son difíciles de abordar y costosas. Por lo que hay que intentar la autonomía en todas las AVD y la salud mental. Hay que invertir tiempo y dinero para revertir esta dependencia y poder hacer autónomas a nuestras personas mayores.

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
BARTHEL	89	100,0%	0	0,0%	89	100,0%
LAWTON	89	100,0%	0	0,0%	89	100,0%
MINIMENTAL	89	100,0%	0	0,0%	89	100,0%

Los casos estudiados son los mismos en cada cuestionario o test: 89 personas, lo que da el 100,00% y no se ha perdido ninguno. Y el porcentaje es en todos 100,00% como hemos indicado.

5.3.7. Análisis descriptivo

Se describirán los test empleados para hallar la Media, Desviación Típica, varianza, error típico y demás. Se fijarán la Media y Desviación Típica en los tres test. Y luego se hará un resumen para poder estudiarlos mejor y verlos más despacio.

DESCRIPTIVOS			Estadístico	Error típ.
BARTHEL	Media		80, 39	2, 197
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	76, 03	
		Límite superior	84, 76	
	Media recortada al 5%		82, 67	
	Mediana		86, 00	
	Varianza		429, 446	
	Desv. típ.		20, 723	
	Mínimo		10	
	Máximo		100	
	Rango		90	
	Amplitud intercuartil		25	
	Asimetría		-1, 437	, 255
	Curtosis		1, 992	, 506
LAWTON	Media		4, 11	, 264
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3, 59	
		Límite superior	4, 64	
	Media recortada al 5%		4, 08	
	Mediana		4, 00	
	Varianza		6, 192	
	Desv. típ.		2, 488	
	Mínimo		0	
	Máximo		8	
	Rango		8	
	Amplitud intercuartil		4	
	Asimetría		, 195	, 255
	Curtosis		-1, 291	, 506
DESCRIPTIVOS			Estadístico	Error típ.
MINIMENTAL	Media		22, 18	, 639
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	20, 91	
		Límite superior	23, 45	
	Media recortada al 5%		22, 50	
	Mediana		24, 00	
	Varianza		36, 331	
	Desv. típ.		6, 028	
	Mínimo		2	
	Máximo		34	
	Rango		32	
	Amplitud intercuartil		8	
	Asimetría		-, 837	, 255
	Curtosis		, 645	, 506

Resumiendo:

Cuestionarios	Medias	Desviación típica	Error típico
Barthel	80, 39	20, 723	2, 197
Lawton	4, 11	2, 488	0, 264
Minimental	22, 18	6, 028	0, 639

Como podemos ver las medias de Barthel (80,39), la de Lawton (4,11) y la del Minimental (22,18). Esto quiere decir: Que autónomos en ABVD en un 83,39, que las mujeres tienen dependencia moderada y los hombre no dependientes, ya que no hay dependencia leve tipificada en la Ley de Dependencia, y que la dependencia en deterioro cognitivo es alta casi, alterado en su mayoría. Lo que hemos dicho que es preocupante, ya que cuando entran en demencia, es difícil el manejo de estas personas y terminan muchos en enfermedad de Alzheimer.

5.3.8. Las pruebas de normalidad

Los resultados de los test K-S y S-W son significativos y en los gráficos se observan desviaciones de la normalidad importante: Aplicamos el test no paramétrico. Veremos más adelante.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
BARTHEL	, 172	89	, 000	, 840	89	, 000
LAWTON	, 162	89	, 000	, 905	89	, 000
MINIMENTAL	, 136	89	, 000	, 947	89	, 001

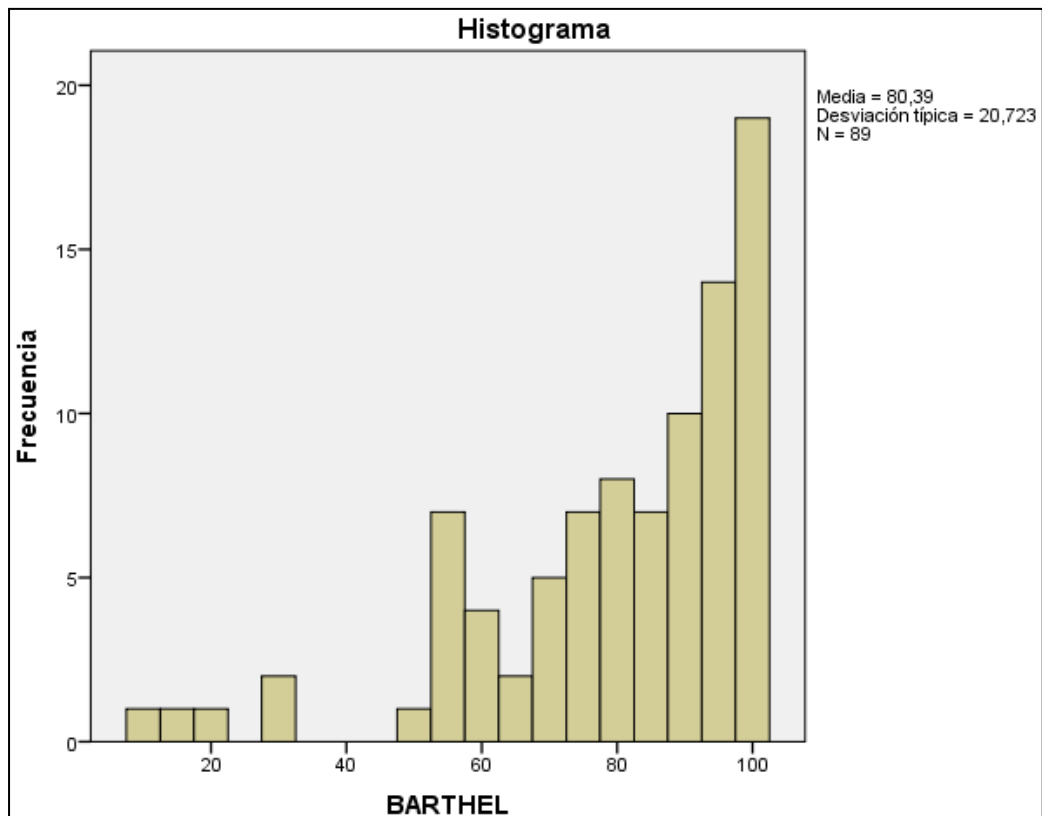
5.3.9. Gráficos

Vamos a representar los gráficos de las variables cuantitativas, describiendo la Media y Desviación estándar en los histogramas y curvas de normalidad.

Normal plot: si los valores observados siguieran una ley normal, todos los puntos se situarían sobre la línea.

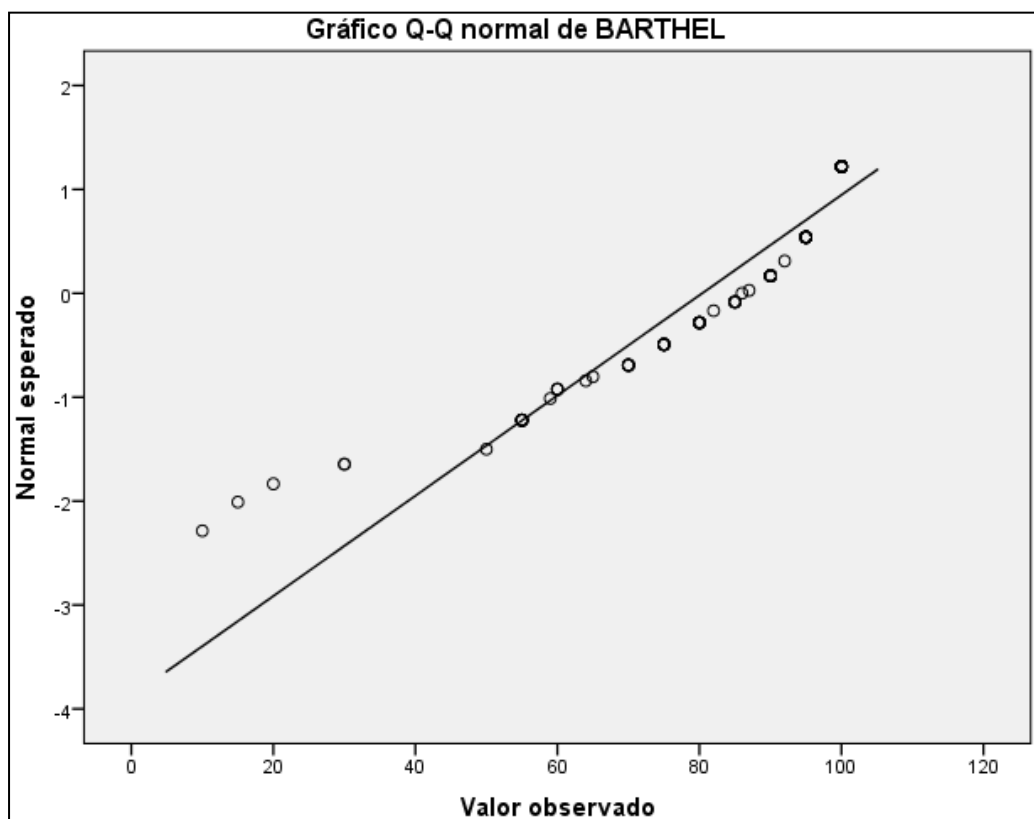
Detrended normal plot: si los valores observados siguieran una ley normal, todos los puntos se situarían alrededor de la recta horizontal.

5.3.9.1. Barthel



Barthel: Media: 80,39 y la DT= 20,723. Vemos que las personas son autónomas o no dependientes. Aunque pueden que tengan alguna dependencia menor.

Vemos que los puntos están cerca de la recta: signo de normalidad



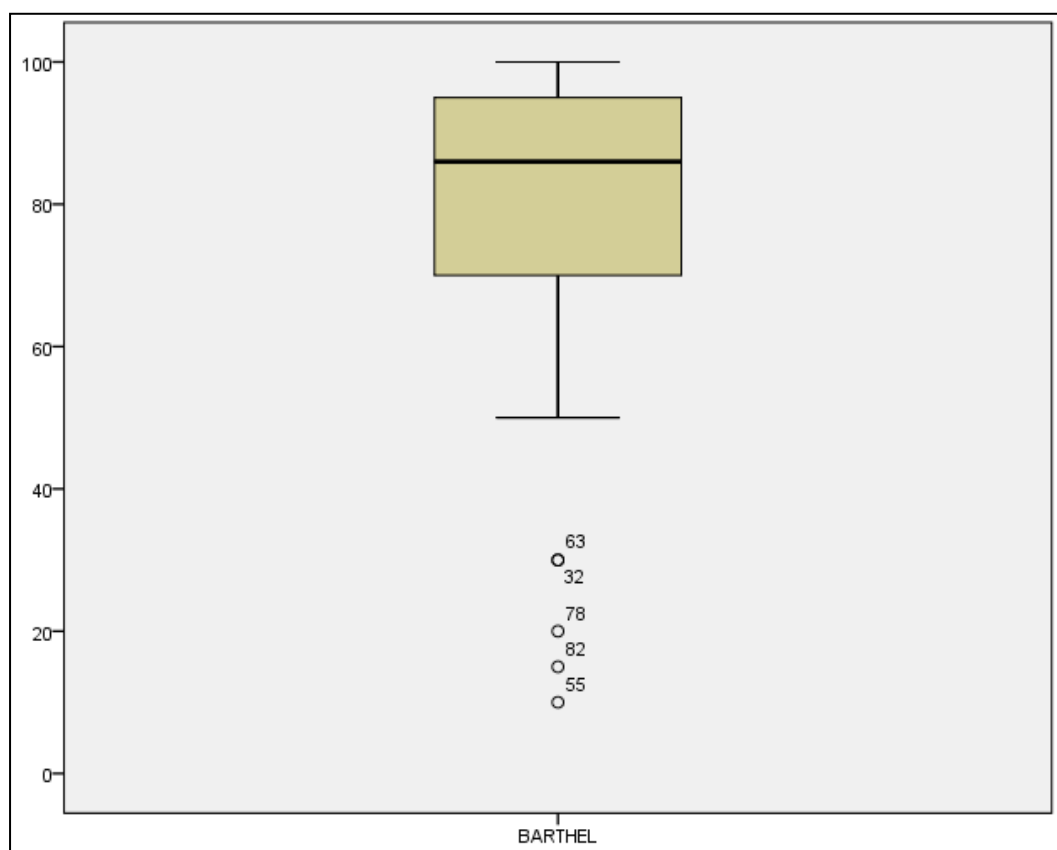
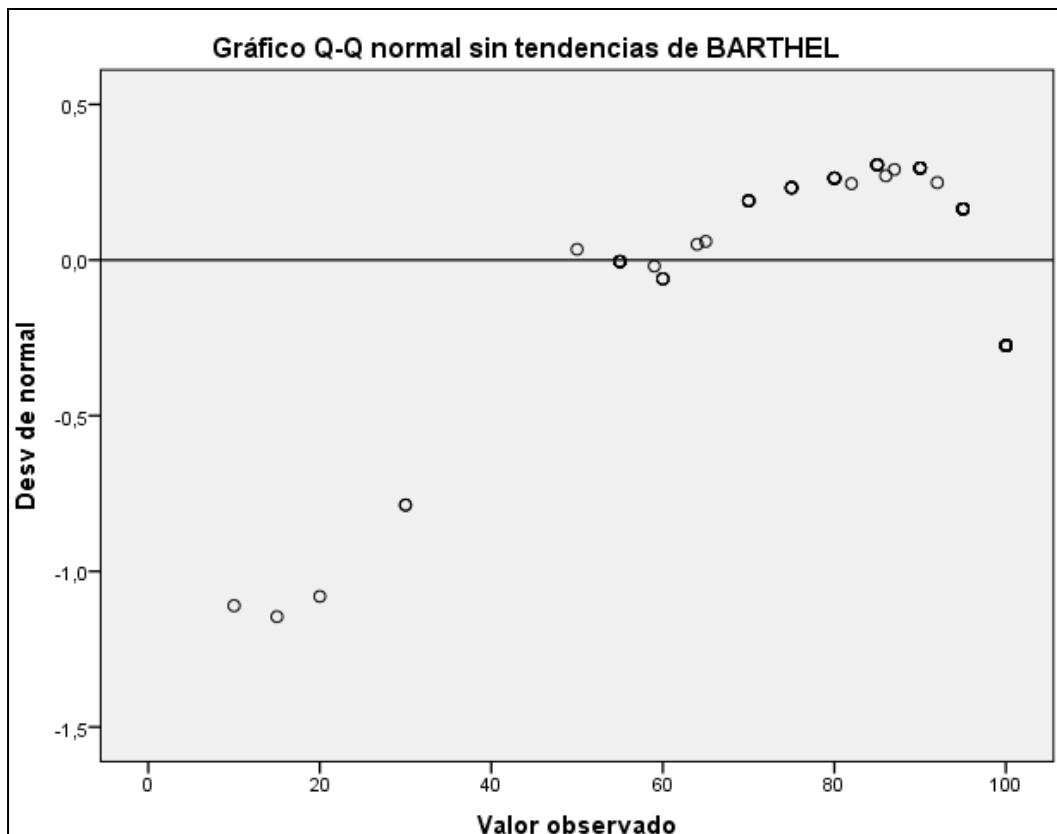
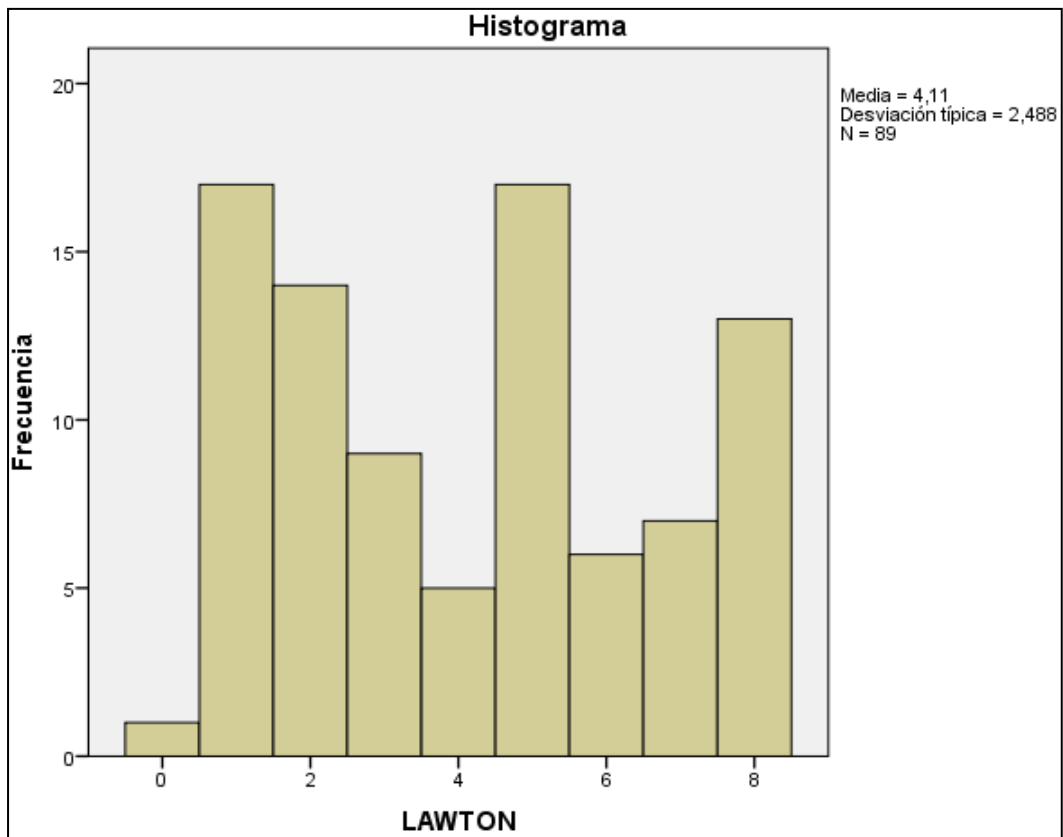
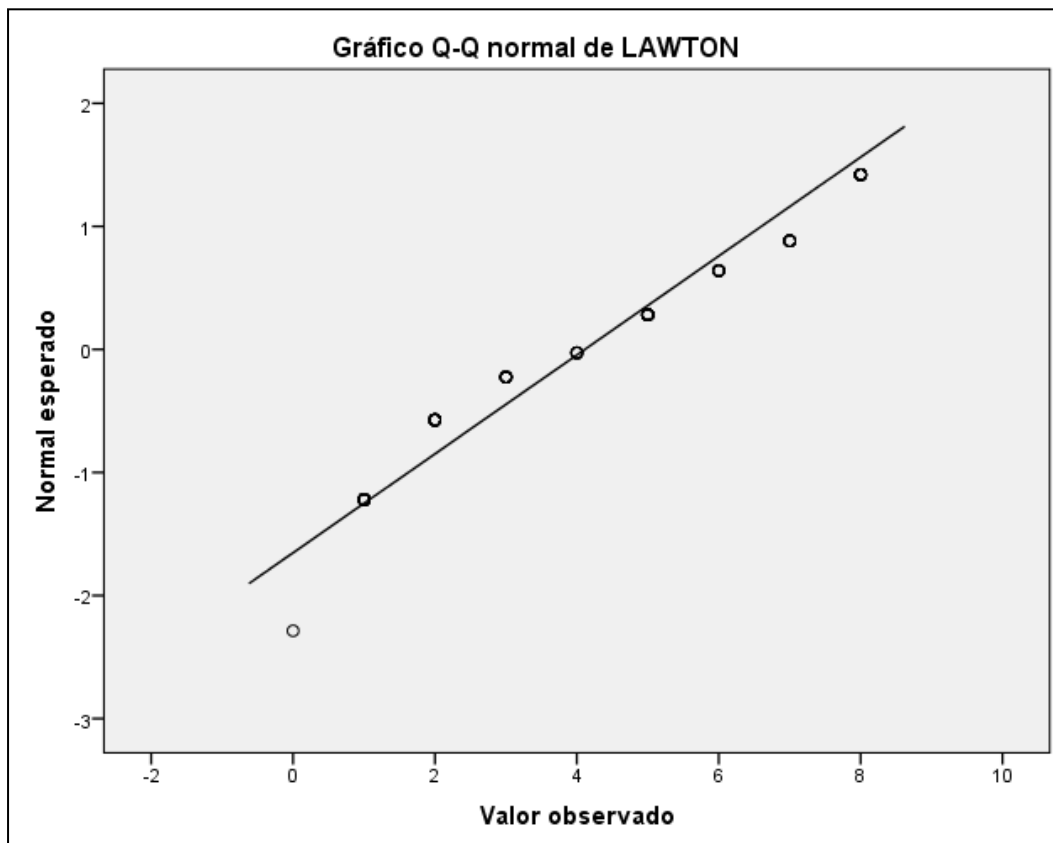


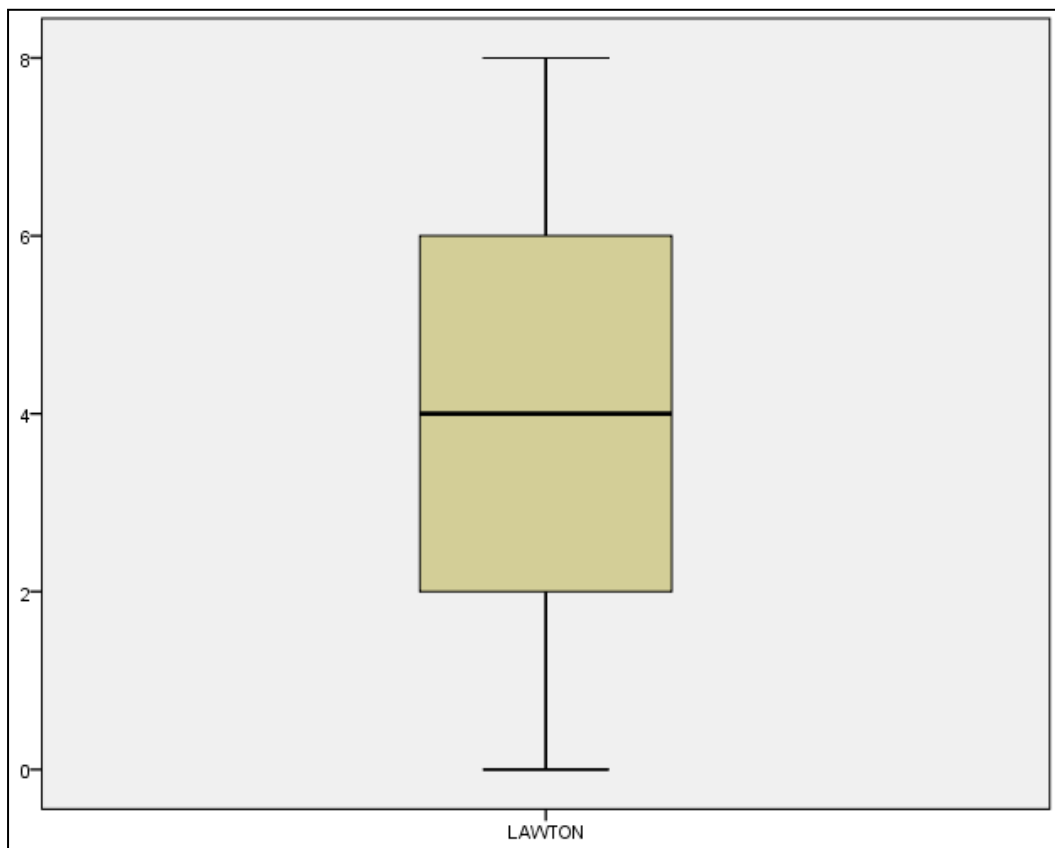
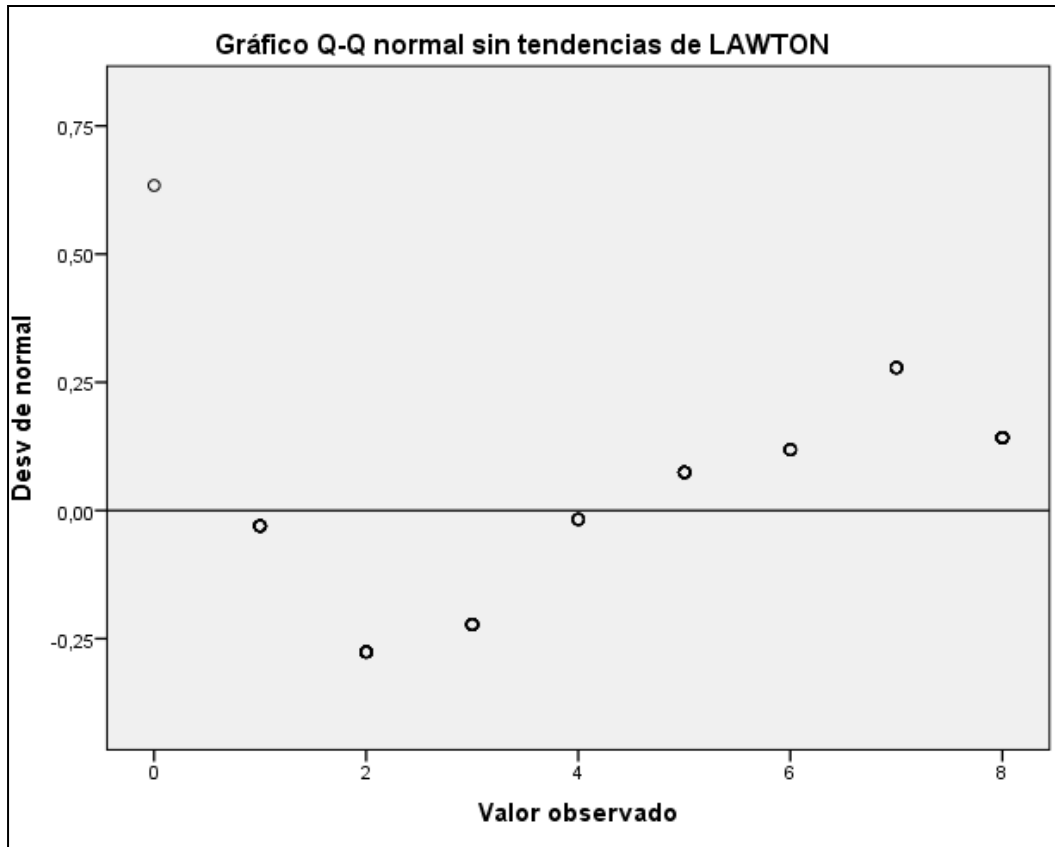
Diagrama de cajas en variables cuantitativas. Como vemos la media es 80,39, la mayoría están después de la recta. La caja nos muestra dónde está la media.

5.3.9.2. Lawton

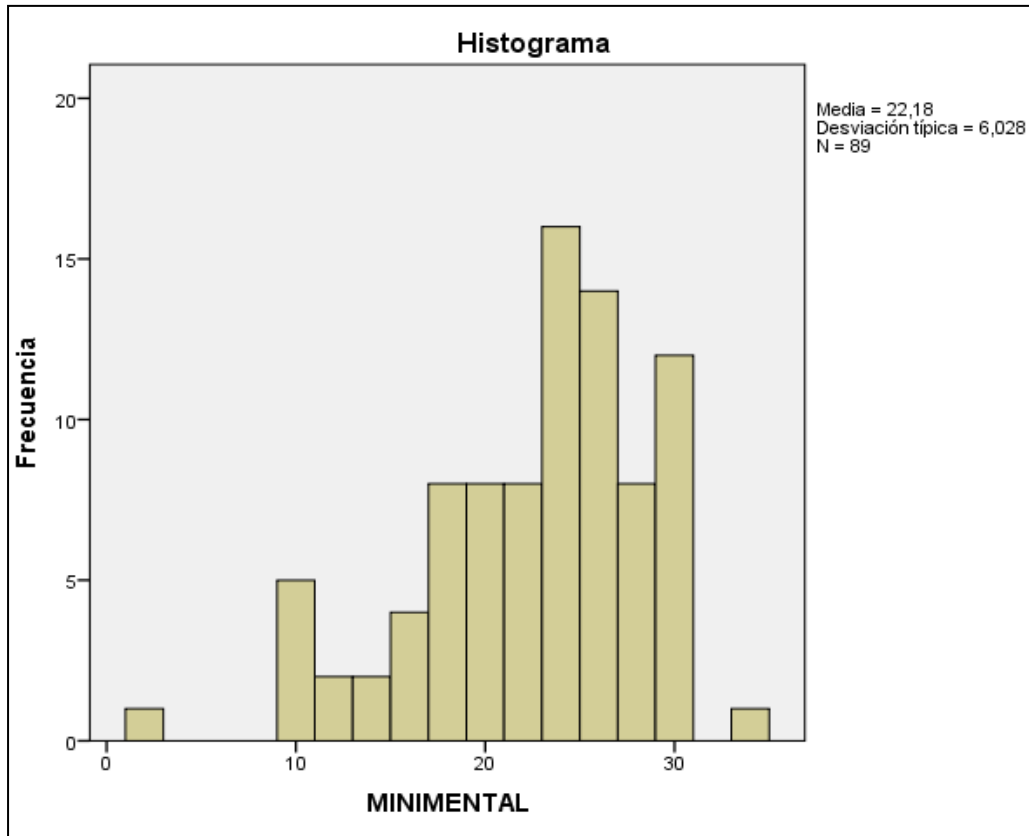


La media es 4,11, lo que nos da dependencia moderada en mujeres y no dependencia en hombres. Y tenemos tanto dependientes como autónomos.



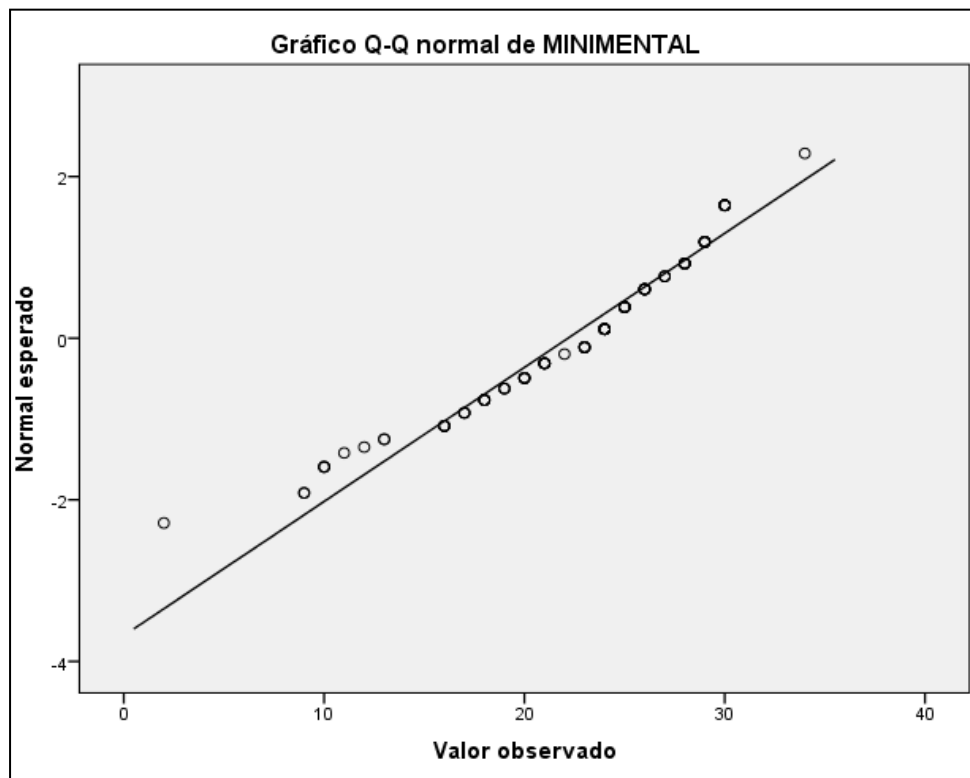


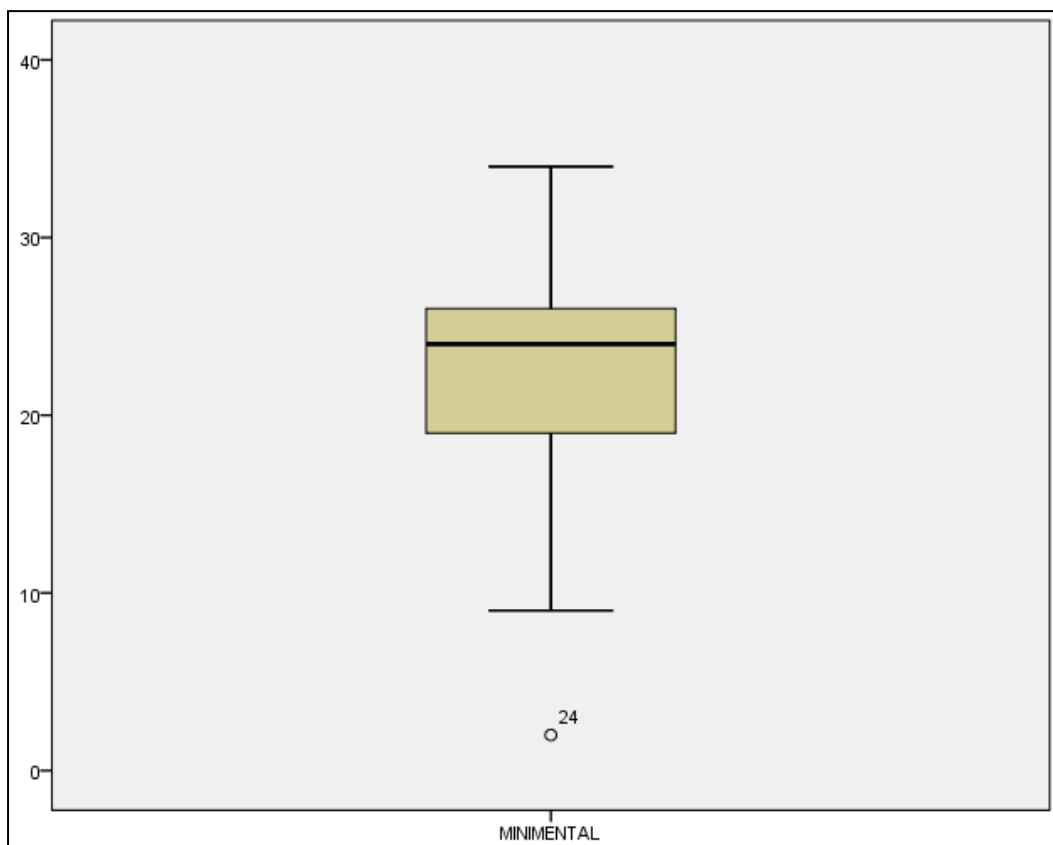
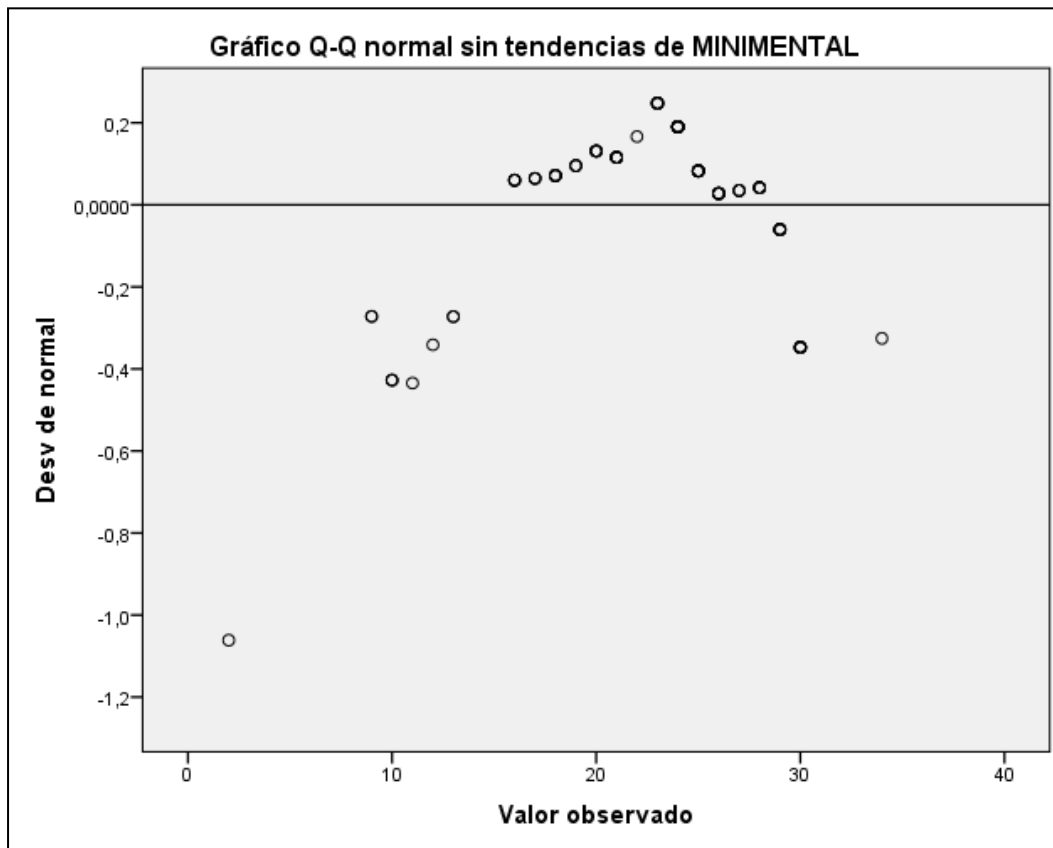
5.3.9.3. Minimental



La media nos da un dato alarmante como hemos indicado: 22,18

Como podemos observar por la recta, hay una media de 22,18 y sueltos alguno autónomo y algunos muy alterados. La relación está entre dudosos y alterados.





5.3.10. Descriptivo de sexo

	SEXO	Descriptivos		Estadístico	Error típ.
BARTHEL	F	Media		77, 05	2, 764
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	71, 52	
			Límite superior	82, 57	
		Media recortada al 5%		79, 18	
		Mediana		82, 00	
		Varianza		481, 143	
		Desv. típ.		21, 935	
		Mínimo		10	
		Máximo		100	
		Rango		90	
		Amplitud intercuartil		30	
		Asimetría		-1, 330	, 302
		Curtosis		1, 523	, 595
	M	Media		88, 50	2, 921
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	82, 48	
			Límite superior	94, 52	
		Media recortada al 5%		89, 94	
		Mediana		95, 00	
		Varianza		221, 860	
		Desv. típ.		14, 895	
		Mínimo		50	
		Máximo		100	
		Rango		50	
		Amplitud intercuartil		21	
		Asimetría		-1, 372	, 456
		Curtosis		, 933	, 887

	SEXO	Descriptivos		Estadístico	Error típ.
LAWTON	F	Media		4, 46	, 334
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3, 79	
			Límite superior	5, 13	
		Media recortada al 5%		4, 46	
		Mediana		4, 00	
		Varianza		7, 027	
		Desv. típ.		2, 651	
		Mínimo		1	
		Máximo		8	
		Rango		7	
		Amplitud intercuartil		5	
		Asimetría		, 067	, 302
		Curtosis		-1, 577	, 595
	M	Media		3, 27	, 358
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2, 53	
			Límite superior	4, 01	
		Media recortada al 5%		3, 34	
		Mediana		3, 50	
		Varianza		3, 325	
		Desv. típ.		1, 823	
		Mínimo		0	
		Máximo		5	
		Rango		5	
		Amplitud intercuartil		4	
		Asimetría		-, 348	, 456
		Curtosis		-1, 606	, 887

	SEXO	Descriptivos		Estadístico	Error típ.
MINIMENTAL	F	Media		21, 41	, 693
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	20,03	
			Límite superior	22, 80	
		Media recortada al 5%		21, 61	
		Mediana		23, 00	
		Varianza		30, 214	
		Desv. típ.		5, 497	
		Mínimo		9	
		Máximo		30	
		Rango		21	
		Amplitud intercuartil		7	
		Asimetría		-, 573	, 302
		Curtosis		-, 396	, 595
	M	Media		24, 04	1, 357
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	21, 24	
			Límite superior	26, 83	
		Media recortada al 5%		24, 67	
		Mediana		25, 00	
		Varianza		47, 878	
		Desv. típ.		6, 919	
		Mínimo		2	
		Máximo		34	
		Rango		32	
		Amplitud intercuartil		8	
		Asimetría		-1, 642	, 456
		Curtosis		3, 470	, 887

Test	Sexo	Media	Desviación Típica
BARTHEL	F	77, 05	21, 935
	M	88, 50	14, 895
LAWTON	F	4, 46	2, 651
	M	3, 27	1, 823
MINIMENTAL	F	21, 41	5, 497
	M	24, 04	6, 91

Resumiendo: Como vemos es diferente: Minimental y Barthel, la media es mayor en el sexo masculino y en Lawton es menor, porque las numeraciones como sabemos, cambian al ser hombre o mujer, por eso la media sale más baja en hombres que en mujeres. Esto nos dice que la dependencia es menor en hombres que en mujeres, pero como en ABVD no hay dependencia ligera, decimos que la autonomía es mayor en hombres que en mujeres. En AIVD, nos sale mayor la media, pero hay dependencia moderada en mujeres y autonomía en hombres. En autonomía mental, los hombres ganan a las mujeres. Éstas no son autónomas, sino que además tiene dependencia con deterioro cognitivo alterado.

5.3.11. Casos

Resumen de procesamiento de los casos Percentiles:

		Casos					
		Válidos		Perdidos		Total	
	SEXO	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
BARTHEL	F	63	100,0%	0	0,0%	63	100,0%
	M	26	100,0%	0	0,0%	26	100,0%
LAWTON	F	63	100,0%	0	0,0%	63	100,0%
	M	26	100,0%	0	0,0%	26	100,0%
MINIMENTAL	F	63	100,0%	0	0,0%	63	100,0%
	M	26	100,0%	0	0,0%	26	100,0%
EDAD	F	63	100,0%	0	0,0%	63	100,0%
	M	26	100,0%	0	0,0%	26	100,0%

Hemos hecho los mismos test-cuestionarios a 63 mujeres (100,0%) y a 26 hombres (100,0%) y lo mismo con la edad. Tenemos el mismo porcentaje de los dos sexos. Y no se ha perdido ninguno.

5.3.12. Localidades y tests

Utilizamos las mismas personas en todos los pueblos y barrios y hacemos los mismo test. Elegimos en todos los test los mismos pacientes (15) en los mismo PUEBLOS excepto como ponemos, en Tudela Oeste (14).

	CENTRO DE SALUD	Casos					
		Válidos		Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
BARTHEL	BUZTINTX	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	CASCO VI	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	ESTELLA	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	LEITZA	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	SANGÜESA	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	TUDELA O	14	10 0,0%	0	0,0%	14	10 0,0%
LAWTON	BUZTINTX	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	CASCO VI	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	ESTELLA	15	10 0,0%	0	0,0%	1	10 0,0%
	LEITZA	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	SANGÜESA	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	TUDELA O	14	10 0,0%	0	0,0%	14	10 0,0%
MINIMENTAL	BUZTINTX	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	CASCO VI	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	ESTELLA	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	LEITZA	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	SANGÜESA	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	TUDELA O	14	10 0,0%	0	0,0%	14	10 0,0%
EDAD	BUZTINTX	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	CASCO VI	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	ESTELLA	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	LEITZA	15	10 0,0%	0	0,0%		10 0,0%
	SANGÜESA	15	10 0,0%	0	0,0%	15	10 0,0%
	TUDELA O	14	10 0,0%	0	0,0%	14	10 0,0%

5.3.13. Descripción en los distintos pueblos y barrios de la investigación

Vamos a describir los test en todos los pueblos y barrios y hallar la Media, Desviación Típica, etc. Y hablaremos un poco de cada uno.

También haremos la edad de cada pueblo y barrio de nuestra investigación

CENTRO SALUD		Descriptivos		Estadístico	Error típ.
BARTHEL	BUZTINTXURI	Media		79, 13	7, 535
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	62, 97	
			Límite superior	95, 29	
		Media recortada al 5%		81, 54	
		Mediana		92, 00	
		Varianza		851, 552	
		Desv. típ.		29, 181	
		Mínimo		15	
		Máximo		100	
		Rango		85	
		Amplitud intercuartil		45	
		Asimetría		-1, 450	, 580
		Curtosis		, 937	1, 121
	CASCO VIEJO	Media		86, 33	3, 501
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	78, 83	
			Límite superior	93, 84	
		Media recortada al 5%		87, 31	
		Mediana		9 0,00	
		Varianza		183, 810	
		Desv. típ.		13, 558	
		Mínimo		55	
		Máximo		100	
		Rango		45	
		Amplitud intercuartil		25	
		Asimetría		-, 970	, 580
		Curtosis		, 374	1, 121
	ESTELLA	Media		74, 00	5, 005
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	63, 27	
			Límite superior	84, 73	
		Media recortada al 5%		75, 28	
		Mediana		75, 00	
		Varianza		375, 714	
		Desv. típ.		19, 383	
		Mínimo		30	
		Máximo		95	
		Rango		65	
		Amplitud intercuartil		35	
		Asimetría		-, 700	, 580
		Curtosis		, 081	1, 121

CENTRO SALUD		Descriptivos		Estadístico	Error típ.
BARTHEL	LEITZA	Media		87, 27	4, 440
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	77, 74	
			Límite superior	96, 79	
		Media recortada al 5%		88, 63	
		Mediana		95, 00	
		Varianza		295, 638	
		Desv. típ.		17, 194	
		Mínimo		50	
		Máximo		100	
		Rango		50	
		Amplitud intercuartil		20	
		Asimetría		-1, 377	, 580
		Curtosis		, 598	1, 121
	SANGÜESA	Media		76, 60	6, 121
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	63, 47	
			Límite superior	89, 73	
		Media recortada al 5%		79, 00	
		Mediana		8 0,00	
		Varianza		561, 971	
		Desv. típ.		23, 706	
		Mínimo		10	
		Máximo		100	
		Rango		90	
		Amplitud intercuartil		35	
		Asimetría		-1, 659	, 580
		Curtosis		3, 553	1, 121
	TUDELA O	Media		78, 93	4, 634
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	68, 92	
			Límite superior	88, 94	
		Media recortada al 5%		80, 48	
		Mediana		8 0,00	
		Varianza		300, 687	
		Desv. típ.		17, 340	
		Mínimo		30	
		Máximo		100	
		Rango		70	
		Amplitud intercuartil		18	
		Asimetría		-1, 726	, 597
		Curtosis		4, 465	1, 154

CENTRO SALUD		Descriptivos		Estadístico	Error típ.
LAWTON	BUZTINTXURI	Media		3, 60	, 550
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2, 42	
			Límite superior	4, 78	
		Media recortada al 5%		3, 56	
		Mediana		5, 00	
		Varianza		4, 543	
		Desv. típ.		2, 131	
		Mínimo		1	
		Máximo		7	
		Rango		6	
		Amplitud intercuartil		4	
		Asimetría		-, 159	, 580
		Curtosis		-1, 540	1, 121
	CASCO VIEJO	Media		6, 00	, 543
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4, 83	
			Límite superior	7, 17	
		Media recortada al 5%		6, 11	
		Mediana		7, 00	
		Varianza		4, 429	
		Desv. típ.		2, 104	
		Mínimo		2	
		Máximo		8	
		Rango		6	
		Amplitud intercuartil		3	
		Asimetría		-, 849	, 580
		Curtosis		-, 329	1, 121
	ESTELLA	Media		2, 80	, 536
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1, 65	
			Límite superior	3, 95	
		Media recortada al 5%		2, 61	
		Mediana		2, 00	
		Varianza		4, 314	
		Desv. típ.		2, 077	
		Mínimo		1	
		Máximo		8	
		Rango		7	
		Amplitud intercuartil		3	
		Asimetría		1, 466	, 580
		Curtosis		1, 580	1, 121

CENTRO SALUD		Descriptivos		Estadístico	Error típ.
LAWTON	LEITZA	Media		4, 67	, 607
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3, 37	
			Límite superior	5, 97	
		Media recortada al 5%		4, 69	
		Mediana		5, 00	
		Varianza		5, 524	
		Desv. típ.		2, 350	
		Mínimo		1	
		Máximo		8	
		Rango		7	
		Amplitud intercuartil		3	
		Asimetría		-, 071	, 580
		Curtosis		-, 872	1, 121
	SANGÜESA	Media		3, 73	, 672
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2, 29	
			Límite superior	5, 18	
		Media recortada al 5%		3, 70	
		Mediana		3, 00	
		Varianza		6, 781	
		Desv. típ.		2, 604	
		Mínimo		0	
		Máximo		8	
		Rango		8	
		Amplitud intercuartil		5	
		Asimetría		, 393	, 580
		Curtosis		-1, 300	1, 121
	TUDELA O	Media		3, 86	, 725
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2, 29	
			Límite superior	5, 42	
		Media recortada al 5%		3, 79	
		Mediana		3, 50	
		Varianza		7, 363	
		Desv. típ.		2, 713	
		Mínimo		1	
		Máximo		8	
		Rango		7	
		Amplitud intercuartil		5	
		Asimetría		, 499	, 597
		Curtosis		-1, 178	1, 154

CENTRO SALUD		Descriptivos		Estadístico	Error típ.
MINIMENTAL	BUZTINTXURI	Media		21, 20	1, 724
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	17, 50	
			Límite superior	24, 90	
		Media recortada al 5%		21, 33	
		Mediana		21, 00	
		Varianza		44, 600	
		Desv. típ.		6, 678	
		Mínimo		10	
		Máximo		30	
		Rango		20	
		Amplitud intercuartil		11	
		Asimetría		-, 143	, 580
		Curtosis		-1, 110	1, 121
	CASCO VIEJO	Media		24, 13	1, 009
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	21, 97	
			Límite superior	26, 30	
		Media recortada al 5%		24, 20	
		Mediana		24, 00	
		Varianza		15, 267	
		Desv. típ.		3, 907	
		Mínimo		17	
		Máximo		30	
		Rango		13	
		Amplitud intercuartil		7	
		Asimetría		-, 348	, 580
		Curtosis		-, 651	1, 121
	ESTELLA	Media		22, 40	1, 453
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	19, 28	
			Límite superior	25, 52	
		Media recortada al 5%		22, 50	
		Mediana		24, 00	
		Varianza		31, 686	
		Desv. típ.		5, 629	
		Mínimo		9	
		Máximo		34	
		Rango		25	
		Amplitud intercuartil		5	
		Asimetría		-, 393	, 580
		Curtosis		2, 022	1, 121

CENTRO SALUD		Descriptivos		Estadístico	Error típ.
MINIMENTAL	LEITZA	Media		21, 20	2, 357
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	16, 15	
			Límite superior	26, 25	
		Media recortada al 5%		21, 78	
		Mediana		24, 00	
		Varianza		83, 314	
		Desv. típ.		9, 128	
		Mínimo		2	
		Máximo		30	
		Rango		28	
		Amplitud intercuartil		19	
		Asimetría		-, 940	, 580
		Curtosis		-, 383	1, 121
	SANGÜESA	Media		23, 27	1, 221
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	20, 65	
			Límite superior	25, 88	
		Media recortada al 5%		23, 52	
		Mediana		24, 00	
		Varianza		22, 352	
		Desv. típ.		4, 728	
		Mínimo		13	
		Máximo		29	
		Rango		16	
		Amplitud intercuartil		8	
		Asimetría		-, 768	, 580
		Curtosis		, 094	1, 121
	TUDELA O	Media		20, 79	1, 293
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	17, 99	
			Límite superior	23, 58	
		Media recortada al 5%		20, 93	
		Mediana		21, 00	
		Varianza		23, 412	
		Desv. típ.		4, 839	
		Mínimo		12	
		Máximo		27	
		Rango		15	
		Amplitud intercuartil		9	
		Asimetría		-, 465	, 597
		Curtosis		-, 705	1, 154

CENTRO SALUD		Descriptivos		Estadístico	Error típ.
EDAD	BUZTINTXURI	Media		82, 47	2, 516
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	77, 07	
			Límite superior	87, 86	
		Media recortada al 5%		82, 57	
		Mediana		83, 00	
		Varianza		94, 981	
		Desv. típ.		9, 746	
		Mínimo		64	
		Máximo		99	
		Rango		35	
		Amplitud intercuartil		12	
		Asimetría		-, 344	, 580
		Curtosis		-, 241	1, 121
	CASCO VIEJO	Media		82, 93	1, 866
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	78, 93	
			Límite superior	86, 93	
		Media recortada al 5%		82, 76	
		Mediana		84, 00	
		Varianza		52, 210	
		Desv. típ.		7, 226	
		Mínimo		69	
		Máximo		100	
		Rango		31	
		Amplitud intercuartil		7	
		Asimetría		, 227	, 580
		Curtosis		1, 728	1, 121
	ESTELLA	Media		85, 67	1, 698
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	82, 03	
			Límite superior	89, 31	
		Media recortada al 5%		85, 96	
		Mediana		84, 00	
		Varianza		43, 238	
		Desv. típ.		6, 576	
		Mínimo		69	
		Máximo		97	
		Rango		28	
		Amplitud intercuartil		6	
		Asimetría		-, 678	, 580
		Curtosis		2, 310	1, 121

CENTRO SALUD		Descriptivos		Estadístico	Error típ.
EDAD	LEITZA	Media		82, 07	1, 429
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	79, 00	
			Límite superior	85, 13	
		Media recortada al 5%		82, 13	
		Mediana		82, 00	
		Varianza		30, 638	
		Desv. típ.		5, 535	
		Mínimo		71	
		Máximo		92	
		Rango		21	
		Amplitud intercuartil		7	
		Asimetría		-, 298	, 580
		Curtosis		-, 012	1, 121
	SANGÜESA	Media		83, 07	1, 599
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	79, 64	
			Límite superior	86, 50	
		Media recortada al 5%		83, 13	
		Mediana		83, 00	
		Varianza		38, 352	
		Desv. típ.		6, 193	
		Mínimo		73	
		Máximo		92	
		Rango		19	
		Amplitud intercuartil		12	
		Asimetría		-, 303	, 580
		Curtosis		-1, 332	1, 121
	TUDELA O	Media		87, 29	1, 348
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	84, 37	
			Límite superior	90, 20	
		Media recortada al 5%		87, 15	
		Mediana		85, 50	
		Varianza		25, 451	
		Desv. típ.		5, 045	
		Mínimo		80	
		Máximo		97	
		Rango		17	
		Amplitud intercuartil		8	
		Asimetría		, 589	, 597
		Curtosis		-, 551	1, 154

RESUMEN: Test pasados en los pueblos y barrios de nuestra investigación + EDAD

Centros	Barthel	Lawton	Minimental	Edad
Buztintxuri	Media: 79, 19 (DT=29, 181)	Media: 4, 46 (DT= 2, 13)	Media: 21, 20 (DT=6, 67)	Media: 82, 47 (DT= 9, 746)
Casco Viejo	Media: 86, 33 (DT=13, 558)	Media: 6 (DT=2, 104)	Media: 24, 13 (DT= 3, 9)	Media: 82, 93 (DT= 7, 226)
Estella	Media: 74, 0 (DT=19, 38)	Media: 2, 80 (DT=2, 07)	Media: 22, 40 (DT=5, 63)	Media: 85, 67 (DT= 6, 576)
Leitza	Media: 87, 2 (DT=17, 7)	Media: 4, 67 (DT=2, 35)	Media: 21, 20 (DT= 9, 12)	Media: 82, 07 (DT= 5, 53)
Sangüesa	Media: 76, 6 (DT=23, 7)	Media:3, 73 (DT=2, 60)	Media: 23, 27 (DT= 4, 72)	Media: 83, 07 (DT= 6, 193)
Tudela O.	Media: 78, 9 (DT=17, 34)	Media:3, 86 (DT=2, 71)	Media: 20, 79 (DT= 4, 839)	Media: 87, 29 (DT= 5, 045)

1. Buztintxuri tiene una media de Barthel 79,19. Esto quiere decir, que la autonomía en actividades básicas de la vida diaria es aceptable. Si miramos a Lawton la media nos da 4,46, lo que nos dice, es que la dependencia es moderada para mujeres y leve para hombres. Si observamos Minimental, vemos que la media es 21,20. **Pero los datos que tenemos no son concluyentes.** Así que sólo podemos inferir que El Minimental es la misma en la categoría de centros, ya que retenemos la hipótesis nula. Pues aunque no es una diferencia significativa tiende a mostrar un deterioro cognitivo, pero no es relevante. Hemos reflejado anteriormente al hablar de su población, que ésta era mayoritariamente inmigrante con los problemas socio-sanitarios que esto acarrea. Existe aquí un centro de Salud mental, que como todo lo sanitario, está saturado, ya que acuden personas de otros municipios. Y, como decimos, en este barrio el deterioro cognitivo es importante

2. Casco viejo. La media de Bartel es 86,33. Esto nos lleva a pensar que la autonomía en Actividades Básicas de la Vida Diaria es alta. Vemos que autonomía en Lawton es mayor que cualquier otro centro de Salud. Esto es, como ya hemos explicado, que hay varias congregaciones religiosas y una casa sacerdotal de mayores. El tener una media de 6, nos dice que los hombres son válidos en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Que las mujeres tienen una autonomía buena.

Aquí, en estas congregaciones tienen personal especializado para tareas de cuidadores/as. Por ello, hemos rechazado la hipótesis nula, pues el sig es 0,014. Es decir, el p-valor es < de 0,05. Por lo que concluimos que es significativo. El Minimental tiene una media de 24,13. Recordemos que los dudosos están entre 22-30 puntos. Lo que nos dice este dato es que la salud mental de ellos es dudosa, es decir, que existe una autonomía cognitiva dudosa. **Pero no es concluyente, por los datos aportados.**

3. Estella Tenemos un Barthel de media 74,0. Volvemos a decir, que la media de Barthel nos da una autonomía buena para esta población. Lawton nos 2,8. Recordemos que son severos para mujeres de 2-3 y para hombres 1. Lo que nos dice que la dependencia en mujeres es severa y que la de los hombres es moderada. Lo que nos lleva a intervenir lo antes posible para que esta dependencia no siga su recta ascendente. Minimental no da una media de 22,4, lo que nos lleva de nuevo a ver que el deterioro cognitivo es dudoso, casi alterado. Que debemos intervenir

cuanto antes para bajar la recta ascendente de la dependencia. **Pero no es significativo con los datos que contamos.**

4. Sangüesa. Vemos de nuevo una media de Barthel de 76,6. Lo que nos indica una la autonomía es buena en esta población. A pesar de que hay tres residencias de ancianos, acoge a personas mayores de otros pueblos. El Lawton nos da una media de 3,73 puntos, lo que nos indica una dependencia severa en mujeres y moderada en hombres. Como vimos anteriormente, las mujeres tienen más puntuación por dedicarse a otros menesteres por su género. También viven más, lo que hace que tenga dependencia en ciertas tareas. Minimental es de 23,27 puntos. Volvemos a tener un deterioro cognitivo dudoso. Lo que nos hará intervenir enseguida, para retroceder en lo posible, dicho deterioro o una autonomía dudosa en salud mental. Pero como hemos reflejado en otros pueblos, **este dato no es significativo, por la muestra pequeña que hemos valorado.**

5. Leiza. Es un pueblo montañoso con muchas personas mayores en sus caseríos y en su población del pueblo. Su Barthel de media es 87,2. Nos indica que estas personas son muy válidas para ABVD y que no requieren grandes ayudas. Tienen, como explicamos en la Casa de Baroja, su sitio en la familia y realizan hasta que ya no pueden, tareas en el caserío. Son rudos y trabajadores. No acuden al médico a no ser que sea algo grave. El vasco es de naturaleza sano y muy andador y come lo que le ofrece la naturaleza y el caserío (huevos, ovejas, verduras, etc.) Es amante de la buena cocina, que ellos mismos se crean en sociedades masculinas donde la mujer tiene prohibida la entrada. El Lawton tiene 2,80 puntos. Severo para las mujeres y dependencia moderada para los hombres. La mujer es la etxeko andrea, la mujer del caserío. Tiene muchas funciones. Pero de las instrumentales como bancos, etc., se encarga el hombre. Hay divisiones de tareas, según el sexo. Es la columna vertebral del caserío. Es la amatxo, es decir, la madre querida y respetada. El Minimental nos aporta un dato preocupante: 21,20. Ya hemos dicho que si baja de 22 puntos, significa deterioro cognitivo alterado. Vemos, con dolor, que la autonomía cognitiva esta alterada. **Pero no es un dato significativo con la pequeña muestra que disponemos.**

6. Tudela Oeste. La media de Barthel es 78,9. Nos está diciendo, que la autonomía es buena en Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD). Lawton aporta una media de 3,86. Esto nos dice que podíamos considerarla dependencia moderada para ambos sexos, pero con tendencia a la severidad en mujeres. El Minimental nos da una media de 20,79. Esto indica un deterioro cognitivo alterado, ya que baja de 22, que es el punto de corte para alterado. Lo que nos lleva a pensar que debemos actuar cuanto antes en la salud mental de la población. Pero no es significativo este dato. También aquí, he de decir, que hay muchos inmigrantes en las labores del campo. La autonomía cognitiva esta alterada. **Pero retenemos la hipótesis nula, ya que no es significativa.**

Resumiendo

ABVD: Potiva Autonomía en todos los pueblos.....Se necesita ayuda escasa.

AIVD: Estella, Sangüesa y Leiza: Gran dependencia: Mucha ayuda y dependencia

Minimental: Leiza y Buztintxuri y Tudela Oeste: deterioro cognitivo alterado: Mucha dependencia (pero no significativa)

EDAD EN LOS DISTINTOS PUEBLOS Y BARRIOS:

Casco Viejo: La edad de estas personas de media es 82,93. Sabemos, como hemos explicado ya, que las/os religiosas/os tienen una gran esperanza de vida. También aquí existen mayores que permanecen en su domicilio ayudados por cuidadores y atendidos por el SAD.

Estella: La edad de estas personas tiene una media de 85,67. Esto nos dice que tenemos muchas personas de 80 y más años. Y, como decimos, la dependencia aumenta con la edad, sobre todo en mujeres. Por lo que hemos de intervenir lo antes posible para minimizar la dependencia o retrocederla.

Sangüesa: La edad es de 83,07. Es una media alta para hombres y mujeres. Muchos permanecen en sus casas atendidos por personal contratado por el ayuntamiento y otros, como hemos visto están en residencias.

Leiza: La edad tiene una media es de 82,70 años. Como hemos reflejado, muchos siguen viviendo en su caserío, aunque tienen casa en el pueblo. Estos caseríos están bastante alejados unos de otros. E, incluso, tienen Bordas en lo más alto de los montes. Estas tiene unas vistas maravillosas, pero inaccesibles a los coches y demás. Además cuidan del ganado del caserío y de las huertas anexas a él.

Buztintxuri: La edad aquí es de 82,47 de media, pues contamos con una residencia de ancianos, Las Hermanitas de los Pobres, que cuenta con 80 ancianos muy mayores y el pueblo de Ártica, que tiene población más envejecida.

Tudela Oeste: La edad media es 87,29. Muy alta. Es una zona entre rural y urbana, pues mantiene sus tradiciones y la gente del campo es sana y comen mucha verdura y buena carne. Esto hace que lleven una vida de mucho trabajo en el campo, con grandes caminatas y con verduras de las huertas. Estas huertas son una fuente de satisfacción y también de ocio y, como no, económicas, ya que ayudan a mejorar su alimentación y a reducir sus gastos.

RESUMIENDO

La edad, en casi todos, pasa de los de los 80 años, lo que nos da una gran longevidad. Pero también una gran preocupación para que estas personas no terminen con alguna dependencia. Ya dijimos, que **es la enfermedad y no la edad, la que causa la dependencia**. Pero también hemos visto, que a más edad, más dependencia. Queremos a nuestros mayores con la mejor calidad de vida, por lo que las intervenciones deben ir encaminadas a lograr el envejecimiento exitosos de nuestra Comunidad Foral Navarra.

5.3.14. P- Valor

		Sexo	Percentiles						
			5	10	25	50	75	90	95
Promedio ponderado (definición 1)	BARTHEL	F	22	55	65	82	95	100	100
		M	51, 75	61, 3	78, 75	95	100	100	100
	LAWTON	F	1	1	2	4	7	8	8
		M	0, 35	1	1	3, 5	5	5	5
	MINIMENTAL	F	10	12, 4	18	23	25	28	29
		M	4, 45	13, 9	21	25	29	30	32, 6
	EDAD	F	74	75, 4	81	85	88	93, 2	97
		M	65, 4	68, 7	77	82, 5	86	90, 6	93, 95

Bisagras de Tukey	BARTHEL	F			67, 5	82	95		
		M			80	95	100		
	LAWTON	F			2	4	7		
		M			1	3, 5	5		
	MINIMENTAL	F			18	23	25		
		M			21	25	29		
	EDAD	F			81, 5	85	88		
		M			78	82, 5	86		

Resumiendo:

	HOMBRES	MUJERES	P-VALOR *
Edad	82, 5 (77-86)	85 (81-88)	0,024
Barthel	95 (78, 7-100)	82 (65-95)	0,007
Lawton	3, 5 (1-5)	4 (2-7)	0,047
Minimental	25 (21-29)	23 (18-25)	0,016

*Test U-Manwhi: muestras no paramétricas

- $p\text{-valor} \geq 0.05$ Aceptamos $H_0 \rightarrow$ no tiene relación;
- $p\text{-valor} < 0.05$ Rechazamos $H_0 \rightarrow$ Existe relación significativa, y es +

5.3.14.1. Test: Sexo

Test	Sexo	Media	Desviación Típica
BARTHEL	F	77,05	21,935
	M	88,50	14,895
LAWTON	F	4,46	2,651
	M	3,27	1,823
MINIMENTAL	F	21,41	5,497
	M	24,04	6,91

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de BARTHEL es la misma entre las categorías de SEXO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,007	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de LAWTON es la misma entre las categorías de SEXO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,047	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de MINIMENTAL es la misma entre las categorías de SEXO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,016	Rechazar la hipótesis nula.
4	La distribución de EDAD es la misma entre las categorías de SEXO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,024	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05

Como podemos comprobar: sig es menor en todos los casos, por lo que rechazamos la Hipótesis nula.

Y las diferencias son significativas. ($P < 0,05$)

5.3.14.2. Test por centros de salud y edad de nuestra investigación

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de BARTHEL es la misma entre las categorías de CENTRO DE SALUD.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,174	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de LAWTON es la misma entre las categorías de CENTRO DE SALUD.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,014	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de MINIMENTAL es la misma entre las categorías de CENTRO DE SALUD.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,695	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de EDAD es la misma entre las categorías de CENTRO DE SALUD.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,240	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Sólo Lawton rechaza la hipótesis nula. Diferencias significativas en la distribución de Lawton en los distintos Centros de Salud. Casco viejo, mejor, ya que comentamos que había muchas residencias de religiosas/os, sacerdotes y ancianos válidos.

Resumiendo:

CENTRO	BARTHEL	LAWTON	MINIMENTAL
Buztintxuri	Media: 79, 19 (DT=29, 181)	Media: 4, 46 (DT= 2, 13)	Media: 21, 20 (DT=6, 67)
Casco Viejo	Media 86, 33 (DT=13, 558)	Media: 6 (DT=2, 104)	Media: 24, 13 (DT= 3, 9)
Estella	Media: 74, 0 (DT= 19, 38)	Media: 2, 80 (DT=2, 07)	Media: 22, 40 (DT=5, 63)
Leitza	Media: 87, 2 (DT=17, 7)	Media: 4, 67 (DT=2, 35)	Media: 21, 20 (DT= 9, 12)
Sangüesa	Media: 76, 6 (DT=23, 7)	Media: 3, 73 (DT=2, 60)	Media: 23, 27 (DT= 4, 72)
Tudela O.	Media: 78, 9 (DT=17, 34)	Media: 3, 86 (DT=2, 71)	Media: 20, 79 (DT= 4, 839)

Resumiendo todos los resultados que hemos hallado:

1. Como podemos comprobar el **sexo**: es mayor el número de mujeres de la muestra (70,7%).
2. Los **Centros de Salud**, han evaluado a un 16,9 % todos, excepto Tudela Oeste con un 15,7%
3. Los **test** de:
 - 3.1. **Minimental** nos dan un deterioro dudoso en la mitad de los evaluados (57,3%)
 - 3.2. **En Lawton**, vemos que la dependencia severa y total nos da un 39,3% frente a autónomos que son un 28,1%.
 - 3.3. **Barthel** nos da un mayor número en dependencia ligera (62,9 %)

Sexo	Hombres	26 (29,2%)
	Mujeres	63 (70,8%)
Centros	Buztintxuri	15 (16,9%)
	Casco Viejo	15 (16,9%)
	Estella	15 (16,9%)
	Leitza	15 (16,9%)
	Sangüesa	15 (16,9%)
	Tudela Oeste	14 (15,7%)
Minimental	Normal	1 (1,1%)
	Dudoso	51 (57,3%)
	Alterado	37 (41,6%)
Lawton	Autónomo	25 (28,1%)
	Dependencia ligera	14 (15,7%)
	Dependen. moderada	15 (16,9%)
	Dependen. Severa	23 (25,8%)
	Dependen. Total	12 (13,5%)
Barthel	Autónomo	19 (21,3%)
	Dependencia ligera	56 (62,9%)
	Dependen. moderada	9 (10,9%)
	Dependencia severa	3 (3,4%)
	Dependencia total	2 (2,2%)

RESUMEN FINAL DE RESULTADOS

OBJETIVOS	HIPÓTESIS	RESULTADOS
1. GENERAL:	1. GENERAL	GENERAL
Conocer el perfil de las personas > 70 años de la CFN, de los pueblos que elegidos para nuestro proyecto de investigación, con los criterios de selección, que son autónomas para poder permanecer en sus domicilios frente a las que tienen alguna dependencia.	Las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra, presentan un perfil de autonomía que les capacita para permanecer en su domicilio.	Hay 89 personas mayores: Hombres 26 (29,2%) Mujeres 63 (70,8%)
2. Conocer a las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presenta una autonomía en ABVD para permanecer en sus domicilios.	2. Las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra, presentan un perfil de autonomía en Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD) que les capacita para permanecer en su domicilio.	ÍNDICE DE BARTHEL: Autónomas: 19 (21,3%) Dependencia ligera: 56 (62,9%) Dependencia moderada: 9 (10,1%) Dependencia severa: 3 (3,4%) Dependencia total: 2 (2,2%)
3. Conocer a las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presenta una autonomía en AIVD para permanecer en sus domicilios.	3. Estudiar la capacidad de desempeñar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en las personas mayores de + 70 años en nuestra Comunidad Foral Navarra que tiene cierta autonomía con las que tienen cierta dependencia	ÍNDICE DE LAWTON Autónomo: 25 (28,1%) Dependencia ligera: 14 (15,7%) Dependencia moderada: 15 (16,9%) Dependencia severa: 23 (25,8%) Dependencia total: 12 (13,5%)
4. Analizar las personas > 70 años de la CF de Navarra que presenta una autonomía en salud mental para permanecer en sus domicilio, siempre controladas por los servicios de salud mental de zona para subsanar cualquier deterioro cognitivo. Aquí vamos a utilizar el Minimental de Lobo que está validado en España.	4. Aquí vamos a ver la hipótesis relacionada con el objetivo psicológico. Las personas mayores de 70 años que presenta una autonomía mental que les permite permanecer en su domicilio con la ayuda del centro de salud mental correspondiente. Vemos el índice de Lobo, que utilizamos para este proyecto	ÍNDICE DE MINIMENTAL Normal: 1 (1,1%) Dudoso: 51 (57,3%) Alterado: 37 (41,6%)
5. Determinar la correlación entre la autonomía en AVD y en mental en mayores de 70 años de la CFN de la investigación. Pretendemos ver la correlación que hay entre autonomía funcional y cognitiva frente a la dependencia funcional y cognitiva, que van de la mano. Para ello, correlacionamos los tres cuestionarios que se les hace: Barthel, Lawton y Minimental y vemos la correlación en actividades de la vida diaria, ya sean ABVD o AIVD con la salud mental de las personas de nuestro proyecto de investigación.	5. Deseamos correlacionar la autonomía funcional y la mental. Las personas mayores de +70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra presentan una autonomía funcional y mental que están relacionadas y van de la mano. Esta hipótesis nos habla de la autonomía en ABVD y en AIVD con la autonomía mental. Veremos que estas autonomías están relacionadas. Y, lo mismo, si hay dependencia, también están relacionadas.	Pruebas no paramétricas: existe correlación y es + Barthel con Barthel: 1,000 Barthel con Lawton: 0,616 Barthel con Minimental: 0,228
6. Comparar la autonomía funcional y cognitiva por sexo en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación	6. Las personas mayores de + 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra presentan una autonomía MENOR en AVD y mental en el sexo femenino. Las mujeres tienen peor salud y se cuidan menos, por lo que presentan una mayor dependencia. Son cuidadoras largo tiempo de sus cónyuges, padre/madres, suegros/suegras.	BARTHEL F: 88,05 (21,93) M: 88,50 (14,89) LAWTON F: 4,46 (2,65) M: 3,27 (1,82) MINIMENTAL F: 21,41 (5,49) M: 24,04 (6,91)
7. Comparar la autonomía de las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación por los distintos pueblos elegidos de Navarra	7. Las personas mayores de + 70 años de los pueblos elegidos de nuestro proyecto de investigación presentan una autonomía en ABVD y AIVD y mental diferente según la zona en que viven.	Centros Barthel Lawton Miniment Buztint M: 79,10 M: 4,46 M: 21,20 Casco V M: 86,33 M: 6 M: 24,13 Estella M: 74,0 M: 2,80 M: 22,40 Leitza M: 87,2 M: 4,67 M: 21,20 Sangüesa M: 76,6 M: 3,73 M: 23,27 Tudela O. M: 78,9 M: 3,86 M: 20,79
8. Comparar la autonomía de la edad por sexo en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación, tanto AVD como mentales.	8. Las personas mayores de + 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra presentan una edad mayor en el sexo femenino.	HOMBRES 82, 5 (77-86) MUJERES 85 (81-88)
9. Comparar la autonomía de la edad por pueblos en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de la investigación, tanto AVD como mentales.	9: Las personas mayores de +70 años de la CFN presentan una edad parecida en los distintos pueblos en que se ha basado este proyecto de investigación. Como hemos podido comprobar. La media de edad es 80 y + en todos los pueblos de la investigación	Buztint. Media: 82, 47 (DT= 9, 746) C. Viejo Media: 82, 93 (DT= 7, 226) Estella Media: 85, 67 (DT= 6, 576) Leitza Media: 82, 07 (DT= 5, 53) Sangüesa Media: 83, 07 (DT= 6, 193) Tudela O. Media: 87, 29 (DT= 5, 045)

TERCERA PARTE: PAUTAS DE INTERVENCIÓN

Capítulo 6. PAUTAS DE INTERVENCIÓN

Después de analizar los datos de nuestra investigación, podemos dar pautas para mejorar en nuestra Comunidad Foral, la dependencia y la calidad de vida nuestros mayores. Mi objetivo principal es mantener a las personas mayores lo más autónomas posibles en su domicilio, con sus familias y evitar o retrasar el deterioro funcional y cognitivo, todo lo posible. Para ello debemos tener unas estrategias asistenciales específicas basadas en: 1. Detectar a las personas mayores en riesgo de incapacidad. 2. Detección precoz para el control de los factores de riesgo y así evitaremos la enfermedad. 3. Capacidad de intervención con la toma de medidas para el manejo de los problemas detectados 4. Seguimiento constante de la persona mayor.

Vamos a ir enumerando las pautas relativas a las distintas perspectivas de nuestra fundamentación teórica

6.1. PAUTAS DE INTERVENCIÓN BIOMÉDICA

Para ello debemos intervenir con una buena educación sanitaria a la persona mayor, a sus familiares y a sus cuidadores. **¿Cómo podríamos intervenir ante los grandes síndromes geriátricos** más comunes como: caídas (factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos), incontinencia urinaria y fecal, inmovilidad, trastornos del sueño, iatrogenia, patología sensorial, depresión, demencia, malnutrición? Para ello debemos mejorar el entorno social para que las personas mayores no estén solas, no tengan problemas económicos, no les falte el apoyo familiar y puedan tener un envejecimiento satisfactorio.

Debemos intervenir en cualquier discriminación por la edad, **el edadismo**. Respetar, así mismo, el principio bioético de autonomía. No olvidemos cuestiones como el estrés, los problemas afectivos o los económicos. Y, más graves todavía, el abuso, la negligencia, los malos tratos que reciben ciertos mayores. Se cree que entre un 5% y un 20% de nuestros mayores son víctimas de estas lacras. Debemos prevenirlas y combatirlas

6.1.1. Estrategias para aumentar la autonomía

Siguiendo nuestra investigación, queremos intervenir en las pautas biomédicas a través de los test de Barthel y Lawton para hacer a las personas mayores más autónomas.

6.1.1.1 Estrategia de intervención en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Lo que queremos conseguir es una mayor calidad de vida mediante la recuperación, mantenimiento y/o compensación de la pérdida de autonomía de las ABVD presentes. Debemos mantener en todo momento el mayor grado de autonomía de la persona. Debemos evitar los paternalismos y la sobreprotección.

Debemos intentar sobre todo: 1. Aseo personal diario y control de esfínteres. Para ello incentivaremos la higiene. La haremos relajante y cotidiana, manteniendo en todo momento su intimidad personal. Les hablaremos claro y sin humillarles en ningún momento. 2. Vestidos. Hacerlo siempre de la misma forma y a la misma hora. Tener todo organizado con tiempo. Vestirlo con ropa cómoda y agradable. 3. Alimentación e hidratación. Estimularlo con alimentos que le agraden y mantener su autonomía a la hora de comer o cocinar. Variedad y gusto en las raciones. 4. Movilidad y transferencia. Imprescindible practicar en todo momento su movilidad para aumentar su capacidad funcional y autonomía. Si no es posible, utilizar la movilización

básica. Salir, siempre que se pueda, al aire libre. 5. Sueño y descanso. Esto ayuda a que tarde en aparecer el deterioro cognitivo. Mantengamos horarios fijos y rutinarios. No dejarle dormir durante el día. No dejarle beber muchos líquidos a la noche, para que duerma lo mayor posible sin tener que ir al baño. Todo esto lo veremos en los talleres que impartiremos en los Centros de Salud como EPS (Educación para la Salud)

6.1.1.2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) En todo momento debemos ser conscientes de la capacidad cognitiva y funcional de la persona dependiente. 1. Cocina. Para algunas mujeres y algunos hombres esto les hace sentirse útiles en la familia. Y les ayuda a estar ocupados y a realizar diariamente una función que les mantiene atentos y pendientes de horarios y de arreglos alimentarios y compras. 2. Tareas domésticas. Debemos dejar que las hagan, aunque no estén todo lo bien que se pudiesen esperar. A ellas les viene bien y están contentas con colaborar en el cuidado de la casa y demás. Se sienten más autónomos y más responsables y tienen un motivo de realizarse. 3. Comprar con dinero, ya que ellos tiene autonomía con sus recursos y pueden gastar en cosas que les agraden y, con ello, aumenta su autonomía y se crean lazos más solidarios al permitirles pagar algunos gastos de la casa. 4. No se les debería dejar conducir, por el peligro que pueden acarrear a otras personas y a sí mismos. Tampoco realizar tareas más arriesgadas como apagar el gas, ya que pueden tener olvidos o despistes.

6.1.2. Formación

Otra estrategia biomédica es la formación de los profesionales y la Educación para la salud a las personas mayores y a sus familias. Estas últimas las desarrollamos a través de talleres que hacemos en los Centros de Salud a lo largo del año los profesionales socio-sanitarios y otros profesionales, como los trabajadores sociales.

6.1.2.1. Una de ellas es la formación de los profesionales de la sanidad para modelar un enfoque sistémico familiar. Pues las intervenciones que apoyan a la familia como unidad de cuidados tienen un impacto positivo y multiplicador sobre la salud y el bienestar, tanto de la persona dependiente como de sus cuidadores. (Canga, A.2011). Por ello, los profesionales, que están formados en marcos de valoración integrales, holístico y están capacitado para ayudar a las familias a sentirse comprometidos y satisfechos con los cuidados que dispensan a sus seres queridos. Estos son profesionales que poseen perspectivas positivas con una visión holística en la experiencia familiar de cuidar. Ellos están ahí, cerca de la persona dependiente y de los cuidadores familiares para dar respuestas a todas las preguntas que la familia durante todo el tiempo que dura el ser querido y cuando éste se ha marchado, acompañándoles y llegando a ser uno más en el cuidado y atención de la persona dependiente.

Ellos y otros profesionales asumen un modelo de cuidados interdisciplinar, coordinando con los servicios, tanto sanitarios como sociales, que en cada momento necesitan. Proponiendo a este familiar recurso y apoyos que les den autonomía y bienestar e intentando en lo posible acompañar en sus limitaciones y mitigar su sufrimiento. (Canga, A., 2011).

Un imperativo moral de los científicos es hacer públicos todos los conocimientos que se van adquiriendo, con el fin de proteger a los individuos de la población más vulnerable. Y mantener la vida con un grado aceptable de salud y bienestar en todas las edades. 2. Navarra

cuenta con una gran cartera de servicios y protocolos para la intervención en los Servicios Navarros de Salud. Uno de ellos, son la muestra que ponemos y que se pueden estudiar e investigar a las personas mayores con cualquiera de ellos. Por eso nuestra investigación no es exhaustiva. Sólo pretende una llamada de atención a los gobiernos, directivos de salud, ayuntamientos y demás para abordar el problema que lo tenemos ya aquí: la gran cantidad de personas mayores de 65 y más años que componen nuestra Comunidad Foral

6.1.2.2. El Servicio Navarro de salud, forma a los profesionales que formarán a la población.



Gerencia de Atención Primaria Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial “Taller de Espalda. Formación de formadoras” Pamplona, 12 de mayo de 2016 (9ª edición) Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial Teléfonos: 848 42 93 51 y 848 42 93 43 Fax: 848 42 94 29 Correo: servicio.gestion.continuidad@navarra.es

6.1.2.3. Taller de cuidados de la espalda. Centro de Salud de Buztintxuri. Al taller es conveniente acudir con ropa cómoda, y una manta pequeña o toalla. ¿A quién va dirigido? A todas aquellas personas que sufren dolor de espalda, quieren aprender a manejarlo, para conseguir vivir mejor. ¿Cuáles son sus objetivos? Que las personas que participen en el mismo conozcan un poco más acerca del cuidado de la espalda (qué es, fuentes causantes, factores que influyen, cómo se manifiesta), y aprendan cómo manejarlo, adquiriendo las herramientas necesarias para ello. ¿Quiénes lo imparten? Enfermer@s del Centro de Salud. ¿Cuándo se realiza y en qué horario?. Cada taller consta de una sesión de dos horas, siempre que haya grupo suficiente (8-10 personas); si no saliese grupo, se retrasaría hasta la siguiente fecha prevista. Día: 18- MAYO- 2016 Horario: de 9:30 a 11:30 ¿Dónde se imparte? En el Centro de Salud de Buztintxuri, en la sala de “usos múltiples”, 2ª planta. SI TE INTERESA, APÚNTATE EN ADMISIÓN

6.1.3. Prevenir es la mejor estrategia

1. Prevención: esta es una de la lecciones pendiente en la Geriátría. JW Rowe, en 1999, en su editorial en New England Journal of Medicine, afirmaba esto. Hazzard no define qué es la Dz gerontología preventiva dz: Dz. Es el estudio y la puesta en práctica de aquellos elementos relacionados con el estilo de vida, con el control del medio ambiente, y con el cuidado de salud que puede maximizar la longevidad con la mejor calidad de vida posible a nivel tanto individual como colectivo dz.

Esto es conocido en la literatura americana como Dz usual aging dz que se traduce como envejecimiento normal, al Dz successful aging dz, esto es, **envejecer con éxito**, o envejecimiento ideal. Esta gerontología preventiva mira tanto los aspectos cuantitativos como los cualitativos, pero se fija más en los últimos, intentando optimizar este concepto de Dz comprensión de la morbilidad dz, con que Fries quiere expresar un envejecimiento pleno de salud, y sólo en las

etapas tardías de la vida recojan ese periodo inevitable de enfermedad y limitación previo a la muerte. **¿Qué abarca la prevención?**

Pues cualquier aspecto referido a la salud, desde la genética a la biología molecular hasta los derivados de un entorno socioeconómico inadecuado. Tenemos que ver que nos lleva desde el momento de la concepción hasta la muerte. Esto nos permite identificar a los pacientes con ciertas enfermedades para aplicar las medidas oportunas y minimizar los riesgos. ¿Cuándo debemos empezar a adoptar ciertas medidas? Debemos empezar en la infancia, pero si no es posible, hacerlo cuanto antes. Como sabemos hay tres formas tradicionales **de prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria**. Los objetivos son los siguientes: a) reducir la mortalidad prematura de origen ya sea agudas o crónicas, b) Intentar mantener la independencia funcional, c) aumentar la esperanza de vida activa, y d) mejorar la calidad de vida. Vamos a intentar actuar en los niveles que hemos empezado a definir el envejecimiento: **1. Envejecimiento primario o fisiológico**. La prevención aquí va a ser mínima, ya que nacemos con una carga genética determinada. Aquí estaríamos hablando de actuar sobre la célula, cosa que hoy por hoy, no está al alcance de cualquiera. **2. Envejecimiento secundario o envejecimiento patológico**. Aquí la prevención es la llave.

Debemos evitar las enfermedades que conllevan secuelas que limitan la calidad de vida. Las hay de tipo diferentes: farmacológicas, sociales, relacionadas con factores de riesgo como los accidentes de tráfico, incendios o contaminación ambiental. Las farmacológicas son las vacunas que han evitado en el siglo XX secuelas y muertes con un gran impacto en los individuos.

Los mayores de 65 años están llamados cada año en otoño a ponerse **la vacuna antigripal**, muy aceptada en dicha población. Añadiremos las vacunas tétanos-difteria y hepatitis B, muy aceptada por la población en general. En la prevención secundaria debemos recordar el papel de ciertos medicamentos que desempeñan una labor contra el avance de las enfermedades y reducen en si las secuelas.

No olvidemos la importancia de las vitaminas como el calcio, Vitaminas B, E, D, etc. También se están llevando a cabo prevención en enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión. Ya sabemos, que las personas mayores son grandes consumidores de fármacos, lo que les lleva a presentar reacciones adversas a los mismos (iatrogenia). Hoy por hoy se revisan periódicamente la medicación que toma la persona mayor para evitar estos problemas y recetar lo menos posible. Aun así, la persona mayor depende mucho de la medicación llegando a tomar cuatro o seis fármacos diarios. Debemos hacer un gran cribado a través de campañas de despistaje. Nuestra mayor intervención secundaria va a ser con los factores ambientales.

6.1.3.1. Llevar unos hábitos saludables constituye la mejor prevención para un envejecimiento exitoso, como nos recuerda Hazzard. Veamos los tres elementos de este factor ambiental: ejercicio físico, alimentación adecuada y evitar hábitos tóxicos.

6.1.3.1.1. Las ventajas de la actividad física en edades avanzadas: 1. Ayuda a mantener una buena masa muscular. 2. Mejora la capacidad aeróbica. 3. Reduce el riesgo de la enfermedad cardiovascular. 4. Modifica favorablemente la homeostasia hidrocarbonada. 5. Estabiliza la densidad mineral ósea, previniendo la osteoporosis 6. Ayuda al control de procesos crónicos muy comunes en la vejez (cardiopatía isquémica, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, depresión, osteoporosis, etc. 7. Ayuda a la lucha contra otros factores de riesgo cardiovascular como el tabaquismo o la hipercolesterolemia. 8. Reduce la tasa de ansiedad. 9. Ayuda a mantener mejor

actividad mental. 10. Favorece la rehabilitación articular, respiratoria, traumatológica, vascular, posquirúrgica, etc. 11. Mejora la calidad de vida y la prolongan. Por ello, moverse es muy importante para las personas mayores.

No hay que hacer grandes deportes, sino que basta con andar, pasear, bailar, nadar, ciclismo, etc. Andar de 60-90 minutos cada día reduce multitud de problemas físicos. Además del beneficio psíquico y social que conlleva el realizar estas actividades. **Los beneficios de la actividad física en la persona mayor:** Frena la atrofia muscular, favorece la movilidad articular, evita la descalcificación y desmineralización ósea, hace más efectiva la contracción cardíaca, aumenta la eliminación de colesterol, disminuyendo el riesgo de arterioesclerosis o hipertensión, reduce el riesgo de formación de coágulos, y por tanto, de trombosis y embolias, contribuye a regular los niveles de glucosa en sangre, disminuye el riesgo de infartos de miocardio, aumenta la capacidad ventilatoria y respiratoria, así como la oxigenación, refuerza el sistema nervioso y su equilibrio con el neurovegetativo, mejora la secreción hormonal, favorece la eliminación de sustancia de desecho, evita el sobrepeso y la obesidad, disminuye la formación de depósitos renales y en vías urinarias, conserva más ágiles y atentos nuestros sentidos, refuerza la actividad intelectual y contribuye al equilibrio psicoactivo, mejorando el estado de ánimo y reduciendo la ansiedad.

Lo más recomendable es: caminar diariamente de 20 a 30 minutos dos veces al día, gimnasia de mantenimiento programada, practicar deportes no competitivos (petanca, natación, baile, etc.), el taichí es un ejercicio que favorece el equilibrio, la flexibilidad y el estado del sistema cardiovascular. Se le da mucha importancia al ejercicio físico y al movimiento de la persona mayor. Como veremos, nuestra investigación pretende seguir las estrategias de la OMS, que detallaremos posteriormente. En Navarra se han validado los paseos del EPOC y las personas, mayores y no tan mayores, los realizan con mucha frecuencia.

6.1.3.1.2. La alimentación es otro problema sobre todo en ancianos que viven solos. Se estima que en España el 25% de los mayores de 65 años viven solos, lo que conlleva malnutrición. Otro problema sería la pobreza, que hace que la persona mayor coma mal porque tiene dificultad para acceder a ciertos alimentos. Estos factores médicos-sociales se deben paliar. También es un problema el estado de la dentición, los órganos de los sentidos (gusto y olfato) para una buena alimentación.

Alimentación adecuada y nutrición. Todos sabemos que una alimentación saludable es una gran fuente de salud frente a una alimentación incorrecta que acarrea trastornos y enfermedades. Vamos a enumerar algunos beneficios de una alimentación saludable: evita la obesidad y sus complicaciones, favorece el control de la tensión arterial, contribuye a regular los niveles de glucosa, retrasa la aparición de diabetes mellitus, ayuda a regular los niveles de colesterol, disminuye el riesgo de infarto de miocardio, mejora la capacidad respiratoria, evita la desnutrición, reduce el riesgo de infecciones asociadas, mejora la recuperación tras cirugía o fracturas, reduce los reingresos hospitalarios, mejora la funcionalidad de órganos y sistemas y ayuda a mantener una vida más activa.

Para un estilo de vida saludable debemos seguir la dieta mediterránea de la pirámide nutricional. Debemos consumir diariamente pescados, carnes, huevos, legumbres, verduras, frutas y productos lácteos. Estos últimos son muy importantes. Entre ellos se encuentran leche, yogures, quesos, ya sean curados, frescos o semicurados. Estos tienen unas características

especiales para las personas mayores: 1. el valor calórico de la leche es de 50 Kcal por cada 100 gr y se duplica en los derivados lácteos, 2. el agua constituye el principal aporte de la leche y derivados lácteos, llegando a constituir hasta 80%. 3. la leche y sus derivados contienen los macronutrientes adecuados para una dieta equilibrada y de alto valor biológico por su contenido en proteínas de alta calidad, hidratos de carbono y grasas, 4. La leche y sus derivados destacan por su gran aporte de micronutrientes principalmente el calcio y la vitamina D que contribuyen al mantenimiento de los huesos en condiciones normales, 5. También alto contenido en potasio para el mantenimiento de la presión arterial normal, 6. la leche y sus derivados son una fuente inagotable de vitaminas A, D y B12. 7. La leche y sus derivados contienen ácido linoleico que mantiene a raya al colesterol en sangre, 8. Son vehículos para hacer llegar nutrientes importantes (www.lacteosinsustituibles.es). Lo que se pretende es sensibilizar a las personas para la protección de la propia salud. Esto lo haremos a través de los alimentos y los hábitos saludables. Según Hernández (2003) “*Que tus alimentos sean tu medicina*”.

6.1.3.1.3. Los hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol. Existen además otros factores de riesgo, tanto médicos como sociales: La hipertensión, si es tratada, reduce el riesgo cardiovascular. Las alteraciones del metabolismo lipídico.



Como veremos a lo largo de toda la investigación, la salud es el resultado de varios factores, como muestra el gráfico. Las personas mayores suelen ser obedientes en relación a las vacunas de la gripe y otras. Todos saben que la gripe es una enfermedad infecciosa producida por un virus (ortomixovirus), que afecta fundamentalmente al tracto respiratorio superior y que se presenta en forma de epidemia de intensidad y duración variable durante el invierno.

Intentan, según sus recursos, alimentarse bien. Andan regularmente todos los días y, a veces, conseguimos que dejen ciertos hábitos tóxicos, muy arraigados como el tabaco y alcohol.

Terapias antienviejimiento o Dz antiaging. Se cree que alcanzan cifras elevadísimas con eslogan como éste: Dz busca el nuevo elixir de la vida a través de fármacos de riesgo (The New York Times, 26 de abril 2007). Hay clubs, dietas, campañas, clínicas, etc. Las motivaciones u objetivos son muy variados. No olvidemos que Augusto Weisman en 1881 nos decía: Dz la muerte de la célula es inevitable por su incapacidad para replicarse de manera indefinida. La edad no es una enfermedad. Y lo que podemos hacer nosotros es prevenir si queremos retrasar el envejecimiento. Recordemos todo lo estudiado en esta investigación y seamos capaces de interferir en estos procesos para frenar el envejecimiento. La única medida de las terapias

antienvejecimiento que parece que alarga la vida es el hambre (experimentación hecho con ratones) Se propone la restricción calórica proteica mantenida. Otra, como hemos visto es la actividad física regular. Estas terapias antienvejecimiento están dirigidas a interferir en los mecanismos responsables del proceso de envejecer. Tenemos dos grandes grupos: 1. El de las teorías estocásticas: El proceso que determina el envejecimiento ocurre de modo aleatorio y se irán acumulando en el transcurso del tiempo como consecuencia de las simas de Dz. Agresiones dz procedentes del medio ambiente hasta alcanzar un nivel incompatible con la vida. Aquí tenemos a la teoría de los Dz radicales libres dz o peroxidación. Enunciada en 1956 Ya hemos hablado de ella en la dimensión biológica-médica. Esta teoría esta contrastada, ya que los radicales libres son muy reactivos. Al envejecer también perdemos nuestra capacidad de protección y reparación en relación con este punto. 2. El de las teorías no estocásticas. El proceso de envejecimiento se establece de acuerdo con unas normas predeterminadas. Es la teoría de los Dz radicales cruzados dz. Tiene su fundamento en los cambios moleculares producidos por la edad. Estos se producen por los Dz enlaces covalentes dz o mediante bandas de hidrogeno entre macromoléculas, que terminan con fenómenos de agregación e inmovilización, que convierten a las moléculas en inertes o mal funcionantes. (Geriatría A.P. p. 84).

6.2. PAUTAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA O CONGNITIVA

Las funciones cognitivas o intelectuales se expresan en un producto o estructura psicológica: la inteligencia. Ésta es el producto interactivo entre factores biológicos y ambientales **El bienestar emocional** es el estado en el que las personas gozan de buena salud mental ya que una de las mayores preocupaciones es mantener los procesos mentales básicos, la memoria y la capacidad de raciocinio.

Se pretende el desarrollo de habilidades de estimulación cognitiva a través del fomento de actividades culturales que promuevan la utilización de actividades para aumentar las capacidades cognitivas como: animación a la lectura, talleres de teatro y dramatización, talleres de utilización de ordenadores y nuevas tecnologías, centros de conferencias y talleres de estimulación de la memoria y del lenguaje. El bienestar emocional incluye además el desarrollo afectivo, relacional y de la personalidad y hay que evitar perder los contactos sociales y familiares, además de amigos y miembros de las organizaciones sociales. Todo esto juega un papel fundamental en el mantenimiento de la salud. Evita la depresión, el estrés y la ansiedad suprimiendo las enfermedades de diabetes, cánceres y cardiovasculares.

La psicoestimulación o estimulación cognitiva. Son un conjunto de actividades grupales o individuales generadas por la neuropsicología cognitiva para la estimulación de las funciones cognitivas residuales con ejercicios estrictamente adecuados al grado de deterioro cognitivo y conductual del paciente. Esto lo que nos demuestra es que estas personas tardan más en desarrollar el deterioro cognitivo y enlentecen el desarrollo de la actividad neurodegenerativa. Además mejoran en habilidades que tenían dormidas o ausentes. Se trabaja el lenguaje, el cálculo, la memoria, el esquema corporal, Es decir, hacen gimnasia mental (Peña Casanova, 1999) Se categorizan las capacidades cognitivas en: memoria, atención, lenguaje, pensamiento, praxis, gnosia y orientación espacio-temporal. Se abarcan holísticamente los factores cognitivos, emocionales y conductuales. Las actividades pueden hacerse de forma oral o escrita, dependiendo de las personas que participan. La persona que las dirige debe tener presente que

con una misma actividad se están estimulando varias funciones cognitivas. A la vez debe hacerlo que sea lúdico para las personas mayores y que encuentren en esta actividad un motivo de alegría y júbilo. Y deseen repetirlas. Debe ser un tiempo razonable para no cansarles y si es posible por la mañana porque la persona está más activa, su nivel de activación es mayor.

Actividades de estimulación cognitivas más frecuentes: Terapia de orientación a la realidad. Terapia de reminiscencia. Terapia de estimulación cognitiva a través de papel y lápiz (fichas). Terapias de juegos de letras, sudokus, en deterioro cognitivo leve. Terapias con actividades lúdicas: Juegos de mesas, manualidades, expresión corporal y creación: Taller de autoestima. Mimo. Teatro, Expresión musical.

Sabemos que hay un deterioro cognitivo importante y con el paso del tiempo va a ir a más. Si hay demencia, ya suelen ir a sitios especializados y con monitoras. Ejemplo: el grupo de la atención al Alzheimer. En todo caso, estos centros, cubren una doble función: 1. Benefician al enfermo y 2. Ofrecen soporte y refuerzo a la familia ante el desgaste que conlleva las personas dependientes, estén dementes o no. Herckhausen y Schulz (1993) establecieron un conjunto de características psicológicas y vieron cuales de ellas experimentaban ganancias y cuales presentaban pérdidas a lo largo del ciclo de la vida desde los 20 a 90 años. Viendo que a partir de los 70 años se experimentan amplios declives.

Pero también concluyen que existen ganancias o mejoras, en distinta medida y proporción a lo largo del ciclo vital, aún a los 90 años. Ruiz Vargas (2002) pone de relieve cuales son los recursos que pueden contribuir para mejorar la memoria durante la vejez: Estar muy motivado; Jugar a recordar en forma deliberada: ¡recordar por recordar!; Prestar mucha atención; Repetir, repetir y repetir; Dedicar mucho tiempo al aprendizaje y la memoria; organizar mentalmente la información a recordar; Buscar y establecer asociaciones entre la información que se quiere recordar y otros eventos cotidianos; Crear imágenes mentales de lo que se quiere recordar, y finalmente, Utilizar ayudas externas como agendas, libretas, etc.

Valoración mental: Es esencial en las personas mayores, abarca la esfera cognitiva y la afectiva y las variables implicadas en la fragilidad de ambas:

- A) Fragilidad afectiva.** Existe un 25% de personas mayores con trastorno psíquico y con trastornos de ansiedad y depresión.
- B) Fragilidad cognitiva-demencia.** Entre 7-10% de los mayores presenta un cuadro de deterioro cognitivo-demencia.

Por eso es importante detectar los factores de riesgo asociados, para identificar al anciano frágil afectivo o cognitivamente. Del 72% al 80% de los casos, el deterioro cognitivo es leve (Iráizoz I. 1999, en ANALES NAVARRA).

- 1. Valoración cognitiva.** El deterioro cognitivo tiene una elevada prevalencia, alcanzando a la población general entre un 7-10%. Pero en el ámbito sanitario se ha comprobado que más de 50% de las personas mayores presentan deterioro cognitivo-demencia. Se suele asociar con trastornos conductuales y con síndrome geriátricos como inmovilidad, caídas, impactación fecal, úlceras por presión, etc. Este síndrome geriátrico tiene una impactación directa sobre la esfera funcional y social. Se asocia con un pronóstico rehabilitador malo y gran consumo de recurso sociosanitarios. Esta valoración cognitiva se complementa con tests de cribado, que

aportan objetivación y facilitan la comunicación entre los profesionales. Además, nos permite cuantificar los cambios en el tiempo y permite ver la respuesta al tratamiento. Estos test deben tener en cuenta el nivel de instrucción y cultura, ya que si no comprenden o están obnubilados no se puede realizar a los ancianos. Tenemos una gran batería de tests pero vamos a utilizar los más sencillos y cómodos:

Cuestionario de Pfeiffer- SPMSQ (Short Portable Status Questionnaire): Lo bueno de este test es que es sencillo, breve y de aplicación rápida. Explora la orientación temporo-espacial, memoria reciente y remota, información sobre hechos reciente, capacidad de concentración y de cálculo. Presenta una sensibilidad del 68%, una especificidad del 96%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 82%. Se puntúan errores. La puntuación:

- 0 a 2 errores: no deterioro cognitivo
- 3 a 4 errores: deterioro leve de la capacidad intelectual
- 5 a 7 errores: moderado deterioro
- 8 a 10 errores: grave deterioro.

Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE): es importante en el screening del deterioro cognitivo moderado. Explora la función intelectual: orientación temporo-espacial, memoria reciente y de fijación, atención, cálculo, capacidad de abstracción, lenguaje y praxias. Una puntuación menor de 24 puntos indica deterioro cognitivo, aunque debemos ajustarlo por la edad y años de escolaridad (ver tabla en Anexos). Este test tiene mucha información verbal y es importante su utilización en personas con deterioro cognitivo grave. Nos da una sensibilidad del 98% y especificidad del 66% en personas mayores.

Mini- Examen Cognitivo de Lobo y col. (MEC): Es el MMSE de Folstein adaptado al español. Es un test de screening del deterioro cognitivo, en el que se puede obtener una puntuación de 35 puntos, con un punto de corte establecido en 28 puntos. Es un test bueno y rápido y aporta gran información.

Test de Schulman o test del reloj: Es un test de cribaje para el deterioro cognitivo. Se utiliza también para seguir la evolución de los cuadros confusionales. Es sencillo y valora y valora el funcionamiento cognitivo global, principalmente la praxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta (las 15:30).

Test de los 7 minutos. Lo dividimos en dos partes: la primera del test consiste en evaluar la orientación temporal (preguntas sobre el día de la semana, el mes y año). La segunda parte del test, el análisis de memoria, se presentan al anciano imágenes que luego debe recordar, independientemente de cuál sea su edad o nivel educativo. En este momento, se le facilita una clave semántica, para que pueda recordar, si no mejora con esta ayuda, se orienta hacia una demencia tipo Alzheimer o a la existencia de un mayor riesgo a desarrollar. Las dos últimas partes se relacionan con pruebas de fluidez del lenguaje y praxia constructiva.

Set-test: valora la influencia verbal, la denominación por categorías y la memoria semántica. SE le pide al anciano que diga todos aquellos nombres que pueda recordar de cada una de las cuatro categorías (set): colores, animales, frutas y ciudades. El tiempo es 1 minuto. La

puntuación oscila entre 0 y 40 puntos. En ancianos es de 27 o más puntos. Este test tiene una sensibilidad del 79% y una especificidad del 82%.

- 2. Valoración afectiva:** La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. Se encuentra en el 20% de los varones y el 40% en las mujeres. El diagnóstico es clínico. Es importante observar la comunicación no verbal: la forma de caminar, la actitud, el aspecto, el aseo, el tono de voz de la persona mayor, y otros como la pérdida de peso e irritabilidad, ansiedad, humor triste y astenia. La ansiedad. Es uno de los principales síntomas afectivos que más repercuten sobre la calidad de vida de las personas mayores. Hay que interrogar al anciano sobre el estado anímico, labilidad emocional, anergia/hipoergia, anhedonia/hipohedonia, trastornos en el apetito y el sueño, ideación de muerte o tentativas autolíticas y quejas somáticas.

Diferentes test o escalas:

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale) GDS: específica para personas mayores. Existe una versión reducida de 15 preguntas. Es la escala recomendada por la British Geriatric Society. Se aplica entre 5 y 7 minutos. Puntúa de 5 o más. Presenta una sensibilidad de 85,3% y una especificidad del 85%. Evita los síntomas somáticos. Se utiliza para screening de depresión, evaluación de la severidad del cuadro depresivo y para la monitorización de la respuesta terapéutica. El punto de corte se sitúa en 5/6.

0 a 5 puntos: normalidad
Entre 6 y 9 puntos: depresión probable
> 10 = puntos: depresión establecida

Escala de Cornell: se detecta la depresión en personas con demencia. Se valora el humor, las alteraciones de conducta, los signos físicos, las fluctuaciones cíclicas y la alteración de las ideas en pacientes con demencia.

Escala de depresión y ansiedad de Goldberg: es breve, sencilla y de fácil manejo, que mediante una entrevista efectúa un cribaje de los trastornos psicopatológicos más frecuentes: la ansiedad y la depresión.

Escala de Zung: se utiliza en la investigación geriátrica. Tiene el inconveniente de resaltar mucho los síntomas somáticos.

- 3. Valoración social.** Esta la suele realizar el trabajador social, pero todo el equipo debe conocerla y hacerla constar en la historia, ya que puede tener repercusiones en la persona mayor. Es de vital importancia reconocer la relación con el entorno, el hogar, el apoyo familiar y social para establecer un plan de atención a la persona mayor. Al anciano en la consulta se le debe preguntar por los siguientes aspectos sociales: ¿soltero, casado o viudo? ¿Tiene hijos? ¿Viven en la misma ciudad? ¿Con quién vive? ¿Tiene contactos familiares, amigos o vecinos? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo es el domicilio donde vive?

6.2.1. Programas de prevención de la enfermedad mental

- A) Incrementar los programas de atención y apoyo a los hijos de padres con trastorno mental como medida de prevención
- B) Facilitar formación y consejo para el reconocimiento de síntomas y manejo del comportamiento del enfermo mental en situaciones de crisis
- C) Detectar y prevenir situaciones de abandono y violencia hacia el enfermo mental o de la persona enferma al entorno familiar.
- D) Proteger la salud del entorno familiar, en colaboración con A. P., con especial énfasis en las cuidadoras (perfil de salud y morbilidad)
- E) Promover programas de descanso del cuidador, y de afrontamiento de la sobrecarga para los cuidadores habituales

Equipos de atención comunitaria: la atención en salud mental sigue un modelo integral de atención interdisciplinaria e intersectorial, con la participación de servicios sanitarios y de recursos sociales y educativos. Se prioriza la atención y la inserción en la COMUNIDAD, y se tiene en cuenta las necesidades de los pacientes y sus familiares. Los pacientes son atendidos en la red de salud mental. Los recursos son: servicios de atención especializada de salud mental, soporte a la atención primaria de salud, atención hospitalaria psiquiátrica, con diferentes niveles de intensidad: hospitalización parcial y hospital de día, de rehabilitación comunitaria. Conseguir apoyos sociales, políticos y sectoriales no se deben descuidar del trabajo de la comunidad, ya que se requiere tiempo para consolidar su aceptación y viabilidad.

Es útil establecer un equipo de acción comunitaria (EAC) con representantes de los diversos sectores interesados en el desarrollo de la comunidad. El EAC empieza la coordinación intersectorial con el personal de salud y sus asociaciones, investigadores, empresarios, abogados, policías, maestros, sindicatos, organizaciones de base, grupos femeninos, juveniles, deportivos, centros educativos, iglesias, etc...

Todo lo negociará el EAC, que debe funcionar en todos los niveles del sistema de salud, incluyendo las autoridades locales y nacionales, y los hospitales mentales. “Táctica del portero” en averiguar que tiene como meta la disminución de la aparición (incidencia), duración (prevalencia) de los trastornos mentales, así como la incapacidad que éstos provocan. La salud mental: hechos: 1. Por una parte la etiología (estudio sobre las causas de las cosas) sobre multifactorial de un gran número de trastornos Factores: Biológicos, Psicológicos y Sociales. 2. Por otra, la población diana a la que van dirigidas las medidas preventivas.

Reorganización de la red asistencial:

1. Ordenación territorial y descentralización de los servicios, para que se establezca en el mapa sanitario de la zona un reparto más equitativo y solidario, que mejore la accesibilidad y se crean las condiciones para una intervención rápida y precoz.
2. “Desinstitucionalizar” la asistencia mediante el desarrollo de un programa de transformación del hospital psiquiátrico, aplicando un conjunto de medidas dirigidas a evitar el desarraigo y la exclusión de las personas afectadas por Trastorno Mental.
3. Puesta en marcha de programas específicos para sectores de población de riesgo para las que no existan formas adecuadas de atención. Ejemplo: la población infanto-juvenil.
4. Aprovecha los recursos humanos, sobre todo los vinculados al hospital, con redefiniciones de las necesidades de personal y de la cualificación conveniente para la nueva atención.
4. Desarrollo de programas educativos y de formación continuada dirigidos al conjunto de profesionales.
5. Puesta en marcha de sistemas de información que permitan la evaluación.
6. Fomentar la educación sanitaria de la población para promover actitudes que favorezcan la inserción de las personas afectadas.
7. Integrar los servicios de salud mental en una sola red extendiéndolos hasta la Atención Primaria.

6.2.2. Tipos de prevención

1. **Prevención Primaria:** Objetivo: reducir la aparición (incidencia) del trastorno. Método: Eliminar los factores causales
2. **Prevención Secundaria:** Objetivo: Reducir la duración (prevalencia) del trastorno Método: Detección precoz y tratamiento temprano
3. **Prevención Terciaria:** Objetivo: Limitar las consecuencias del trastorno (discapacidad y minusvalía).

Método: evitar la aparición de las complicaciones y tratarlas cuando aparecen. Ambientes potencialmente patógenos: las familias problema, los grupos de Inmigrantes, los grupos social, económica y culturalmente pobres, los grupos sometidos a trabajos “estresantes” (en cadena), determinados grupos juveniles, determinados grupos de estudiantes: oposiciones, determinadas comunidades: sectas

Características de los ambientes especialmente patógenos: Hogares rotos. Confusión cultural (anorexia social, valores conflictivos, etc.). Pobreza en su doble vertiente: bajo poder económico o inestabilidad. Secularización: ausencia de valores religiosos. Líderes escasos o débiles. Poca estructuras de las actividades de recreo y del Ocio. Actos y expresiones hostiles. Elevada frecuencia de agresividad o delincuencia. Red de comunicaciones interpersonales débiles o fragmentadas. Estructura del bienestar psicológico: Autoaceptación Valoración positiva de uno mismo y de la vida pasada. Dominio ambiental: capacidad para manejar afectivamente la vida y el ambiente propio. Relaciones positivas con otros: Presencia de vínculos interpersonales de alta calidad. Crecimiento personal: Sentimiento de desarrollo y crecimiento personal. Autonomía: Sentido de autodeterminación

6.2.3. Educación para la Salud (EPS)

Vamos a poner algunos ejemplos de los talleres realizados en los centros de salud para aumentar el conocimiento de los problemas mentales en las personas:

1. En el Centro de Salud de Buztintxuri y en los otros centros también, se han realizado varios talleres de ansiedad: Taller de ansiedad. 25 de febrero 2016. Horario: de 10:00 a 13:00. Lugar: Sala múltiple. **Ponentes**, enfermeras del Centro de Salud. Si estás interesado apúntate en admisión del centro de salud Buztintxuri. Pasos: 1 – Presentación. 5: Presentar enfermera. (Bolígrafos, Folios ...) Resumen de lo que vamos a presentar. (Pizarra) Asistentes, se presentan (Pegatinas). 2 – Tormenta de ideas 15 Pizarra. ¿Qué piensas que es la Ansiedad? 3 - Power point .15: Gato. Ejercicio: gominola o cacahuete: 4. Relajación 40 Respiración: Abdominal, Rápida, Estiramiento y Música.
2. Taller de manejo de la ansiedad y el estrés por las enfermeras del Centro de Salud Berriozar pertenecientes a la red de centros de Navarra. Esto entra dentro de la Educación para la salud de la población (EPS). Ejemplo: **La ansiedad** es difícil de definir por su estrecha relación con otros conceptos como el miedo, la angustia o el estrés. Se utiliza como etiqueta diagnóstica para referirse a un amplio elenco de trastorno, que entorpece la correcta delimitación conceptual, ya que nos acercamos a su estudio con un amplio bagaje de conocimientos no sistemáticos, parciales y personales, muchos de cuyos contenidos no concuerdan con nuestro objeto de estudio. 1. Ansiedad – miedo: **Miedo**: Reacción a una situación de peligro real y presente. Ansiedad: Reacción (proacción) ante una situación anticipada como peligrosa. 2. Ansiedad – angustia: **Angustia**: Sentimiento que se produce en respuesta a la ansiedad. Es parte de la misma. 3. Ansiedad – estrés: **Estrés**: Esfuerzo adaptativo del organismo para hacer frente a un contexto de excesiva demanda. **Ansiedad**: Sistema de procesamiento de informaciones amenazantes que permite movilizar anticipadamente acciones preventivas. Trastornos de ansiedad: Trastorno de ansiedad generalizada. Crisis de angustia. Trastorno por angustia o de pánico. Trastornos fóbicos. Trastorno obsesivo – compulsivo. Trastorno mixto ansioso – depresivo. Trastorno por estrés postraumático. Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica. Sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo. Nos es de utilidad: Para afrontar los pequeños retos de la vida cotidiana para afrontar las situaciones difíciles o excepcionales que se nos presentan en la vida. En su justa medida, es necesaria para nuestra supervivencia.

Se convierte en un problema cuando se prolonga, tras desaparecer el hecho causante. Cuando aparece ante situaciones que aún no han acontecido y cuando se prolonga en el tiempo. **Fuentes de ansiedad**: a) Factores ambientales b) Factores sociales: Valores que transmite la sociedad actual, estilos de vida, la crisis económica c) Factores personales: Etapas de la vida que conllevan cambios, manera personal de ver la vida, ser más o menos nervioso, estilos de vida poco saludable. **Síntomas**: 1. Físicos: Palpitaciones, dificultad respiratoria, suspiros y bostezos, dolores musculares, dolor de cabeza, insomnio, desasosiego, cambios de peso, rechinar de dientes 2. Emocionales: Accesos de llanto, melancolía, irritabilidad, desaliento, depresión, cambios de humor. 3. Conductuales: Evitar a la gente, arranques violentos, intolerancia.

6.2.4. La investigación

Hay muchas lagunas que debemos intentar colmar investigando para evitar el sufrimiento a las personas mayores y familia. Y, cómo no, disminuir el gasto de dependencia. Aquí, tengo que señalar el proyecto de investigación del Dr. Nicolás Martínez Velilla, del Complejo Hospitalario de Navarra con el título: “Prevención del deterioro funcional y cognitivo mediante actividad física precoz en ancianos hospitalizados por patología médica”: Ensayo clínico aleatorio. Proyecto aceptado por la Resolución 2186/2014, de 30 de septiembre del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Proyecto de 3 años: 2014, 2015, 2016. Dr. Martínez está trabajando mucho por las personas mayores hospitalizadas en el Complejo Hospitalario de Navarra. He revisado todos los proyectos presentados ese año 2014 y. Sólo éste, hace mención a los ancianos.

Es importante realizar investigaciones sobre crónicos y sobre células madre, pero también sobre los ancianos de a pie, los que día a día vemos y tratamos en las consultas de Atención Primaria, tanto Trabajadoras sociales como enfermeras. Últimamente se ha descubierto un fármaco para frenar el olvido. Los enfermos del Alzheimer podrán contar pronto con dicho fármaco para frenar el olvido. Estos enfermos son una 600.000 en nuestro país, aunque se calculan que hay más.

Este fármaco se llama “Aducanumab” y se ha probado ya en 150 pacientes en la primera fase de la enfermedad. Lo que hace dicho fármaco es retirar las placas de proteínas beta-amiloide del cerebro. Según el doctor Guillermo García Ribas, del Grupo de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología, pronto se podría tener como una nueva terapia (Revista mujer hoy, septiembre 2016, pág. 49). Es curioso cómo descubre Alois Alzheimer dicha enfermedad. Parece ser, que su vecina de infancia lo cuidaba y se llamaba Augusta. Su paciente se llama así, cuando ya es neuropsiquiatra. Y, por esta mujer, empezó a estudiar los casos de olvido y llegó a la enfermedad de Alzheimer, dando su nombre a dicha enfermedad (Foenkinos D., 2012)

En Navarra, la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología (SNGG) ha creado un grupo de trabajo acerca de demencias que aborda tratamientos farmacológicos en centros residenciales, abogando por el confort y la calidad de vida de las personas con demencia. (Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología. 2012).

6.3. PAUTAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y JURÍDICA

Siguiendo con los datos que nos aportan la investigación: existen multitud de propuestas y programas de actividades para personas mayores en clubes, centros de jubilados, de vecinos, asociaciones de varias actividades, ONGs como el banco de alimentos, actividades solidarias, etc. Aquí realizan actividades y talleres. Y, además, se relacionan con otras personas, interactúan, juegan, discuten, bailan, ligan, quedan en juntarse para otras actividades, pelean, etc.

España es, como advertimos antes, uno de los países donde todo o casi todo el peso de la persona dependiente recae en la familia. El Estado debe cumplir su papel de apoyo formal y no solo cuando ésta no funciona o está ausente. Debemos prepararnos para un gran número de personas mayores y dependiente. **La Ley del 2006 y mejorada en el 2012**, debe servir de punto de partida para mejorar en su atención y ayudarles a ser más autónomos y vivir dignamente con una calidad de vida que mejore la autonomía de las personas mayores. Y, como sabemos, hace 10 años de dicha ley.

Las personas de la Tercera Edad están adquiriendo un gran protagonismo en nuestras sociedades. El cambio se nota en todas las esferas de la vida social. Surgen iniciativas institucionales dirigidas a conjugar el desarrollo socioeconómico de la sociedad y el envejecimiento de la población. Vemos algunas mejoras en el bienestar de las personas de la Tercera Edad. Tenemos que ver que los individuos envejecen en sociedad, porque el envejecimiento es un fenómeno construido socialmente. Tenemos que intervenir para que las personas tomen conciencia de su propio envejecimiento.

La intervención psicosocial quiere lograr un cambio social y dotar a los ciudadanos de las competencias, valores y actitudes que permitan el desarrollo de una sociedad para todas las edades. En el ámbito de acción: jubilación, salud y ocio. En las relaciones sociales: las familiares, interpersonales, intergeneracionales y las comunitarias. Hay un nuevo ocio en las personas mayores: la formación en las aulas y las universidades para mayores. En relación a la jubilación, se desarrollan programas de preparación para adaptarse a los cambios psicosociales que conlleva. Nuestra intervención tiene que ser basada en desarrollar **sociedades para todas las edades** (Naciones Unidas, 1999).

Hay que construir entornos sociales en los que la edad deje de ser un factor de riesgo para la exclusión social y el ostracismo. Debemos dotar a todo el ciudadano de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para convertirse en agentes de cambio social. Pero esto no es posible sin una respuesta política e institucional a las demandas y necesidades que los miembros de la comunidad detectan respecto a la participación de ellos como agentes de cambio.

Es importantísima la intervención social y comunitaria para superar la estigmatización del envejecimiento. Hay que conseguir **un envejecimiento exitoso**, ya que la sensación de bienestar en las personas no disminuye con la edad (Hechausen y Krueger, 1993). Hay que conseguir el bienestar subjetivo, ya que es una faceta de la identidad de la persona, que está compuesto por una dimensión afectiva o evaluativa (alta frecuencia y calidad de afectos positivos y baja de los negativos) y una dimensión cognitiva que evalúa los aspectos concretos de la vida que son relevantes: la salud, las relaciones personales, los recursos para gestionar la propia vida y otros.

La intervención psicosocial quiere lograr un cambio social y dotar a los ciudadanos de las competencias, valores y actitudes que permitan el desarrollo de una sociedad para todas las edades. Debemos intentar cambios adaptativos, contruidos socialmente mediante las relaciones sociales, que llevan a la persona a satisfacer las necesidades de vinculación, autonomía, autoestima, control o competencia, identidad y la necesidad de tener una existencia significativa.

Este es el modelo de Erik H. Erikson (2000). Y, también adquiere importancia en él, la necesidad de trascenderse a sí misma y de aceptar su propia muerte. Ámbitos de acción: **La jubilación**, hay personas que aumentan el tipo de actividades y los roles que desempeñan. Esto es producto de actividades precedentes a la jubilación. Ésta tiene importancia, pues impone una ruptura con los roles y funciones sociales. Y repercute intensamente sobre el sentido de eficacia y de competencia personales. (Galvanoskis y Villar, 2000).

Hay unos que disponen de recursos económicos adecuados, junto con un apoyo social importante y un estado de salud bueno. Pero otros no tienen esa posibilidad y andan en la incertidumbre (Bueno Martínez y Buz Delgado, 2006). Aquí hablaríamos de planificar la jubilación. **La salud**, hay multitud de estudios sobre el envejecimientos. Se ve más la parte negativa. Pérdidas físicas y cognitiva. Sobre el físico hablamos en demasía. En el deterioro de la memoria y las culturas (Estadounidense, china, etc.) se ve una correlación con el grado de adhesión cultural a la creencia sobre la memoria de los mayores ($r=0,49$). Ley et al., 2000, ejemplifican los efectos de los estereotipos en la salud. Otros estudios complementarios como Hess, Hinson y Statham (2004). El envejecimiento social, en la apariencia, se debe al deterioro fisiológico.

El ocio. Debemos remarcar que en España hasta hace poco, no se valoraba. Se ha adelantado mucho con viajes de la Tercera Edad. Navarra es una de las comunidades que más importancia da a este apartado con conferencias, cursos, viajes, etc.

Relaciones sociales a tener en cuentas: Las familiares, las interpersonales, las intergeneracionales y las comunitarias. En el ocio entra a formar parte: **La formación** en las aulas. Las universidades de mayores, aquí en Navarra, los alumnos de la UMAFY (Universidad para Mayores Francisco Ynduráin), realizan viajes y cursos permanentes. En relación a **la jubilación**, se desarrollan programas de preparación para adaptarse a los cambios psicosociales que conlleva.

Hay diferentes **teorías** relacionadas con esta última etapa:

1. **De la desvinculación social.** (Cumming, Henry y Diamanopoulos, 1961).
2. **De la actividad.** (Atchley 1993).
3. **Teoría de la Selectividad socioemocional**, que se enmarca en el **envejecimiento exitoso**. (Carstensen, 1993). Ésta motiva a las personas a buscar relaciones afectivas positivas y aquella que promueven la mejor adaptación a esta etapa de la vida. Y minimizan el riesgo de las negativas. Buscan experiencias gratificantes, relaciones significativas que constituyen un **apoyo social** en situaciones. Se ha comprobado, que las personas mayores con niveles altos de educación e ingresos planifican mejor su retiro. (McPherson y Guppy, 1979; Newman et al., 1982). Los programas están dirigidos a prevenir los efectos negativos y facilitar el paso del trabajador al jubilado, sin perder su identidad personal, su autoestima y hacer que se adecue su proyecto de vida a la nueva situación. (Bueno y Buz, 2006).

Nuestra intervención tiene que ser basada en desarrollar sociedades para todas las edades (Naciones Unidas, 1999). Hay que construir entornos sociales en los que la edad deje de ser un factor de riesgo para la exclusión social y el ostracismo. Hay que intentar apoyar a las personas mayores para que se queden en sus domicilios y en sus barrios. Nuestro apoyo tiene que ser dirigido a cumplir con este objetivo. Movilizando todos los recursos para que las personas mayores se sientan que son parte de la sociedad y no enclaustrarlos en residencias, asilos, etc., donde pierden sus contactos familiares y sociales.

La vejez es el período de la vida menos valorado y temido (Neugarten, Moore y Lowe, 1965). Hay una dimensión negativa del estereotipo (Chasteen, Schawarz y Park, 2000). Para comprenderlo tenemos el modelo de contenido de los estereotipos, desarrollado por Fiske et al. (Fiske, Xu, Cuddy y Glick, 1999; Fiske, Cuddy, Glick y Xu, 2002).

También comprobamos que las personas mayores son víctimas de prejuicios (**Edadeísmo**). Y no podemos hacer mucho por estas actitudes (Williams y Giles, 1998). Hay varios estudios sobre los prejuicios a las personas mayores. Vemos una gran asociación entre lo negativo y las personas ancianas. Hay una teoría sobre la amenaza del estereotipo: A nivel Europeo se pretende construir entorno amigable con la edad como respuesta al envejecimiento de la población (European Commission, 2011b).

En el año 2009 se lanzó el **programa Calypso** que trata de mejorar la vida de los ciudadanos desfavorecidos de Europa, entre ellos pensionistas y mayores de 65 años que no pueden permitirse viajar. Con este programa han financiado varios proyectos. Siendo beneficiarios las personas mayores. Debemos dotar a todo el ciudadano de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para convertirse en agentes de cambio social. Pero esto **no es posible sin una respuesta política e institucional** a las demandas y necesidades que los miembros de la comunidad detectan respecto a la participación de ellos como agentes de cambio. Es importantísima la intervención social y comunitaria para superar la estigmatización del envejecimiento. Hay que conseguir un envejecimiento exitoso, ya que la sensación de bienestar en las personas no disminuye con la edad (Hechausen y Krueger, 1993)

Hay que conseguir el bienestar subjetivo, ya que es una faceta de la identidad de la persona, que está compuesto por una dimensión afectiva o evaluativa (alta frecuencia y calidad de afectos positivos y baja de los negativos) y una dimensión cognitiva que evalúa los aspectos concretos de la vida que son relevantes: La salud, las relaciones personales, los recursos para gestionar la vida y otros. Valoración del soporte social tanto del formal como del informal. Y de la importancia de él.

Pero mirándolo bien, es importante que los recursos estén disponibles, no tanto que se reciban sino que se tengan presentes cuando se necesitan. Más importante es el apoyo emocional. Y con ello los efectos benéficos sobre el bienestar y la salud física y psicológica de la persona. Cambiando en distintas culturas las relaciones familiares que apoyan a las personas mayores. Según Boulton y cols, en el Longitudinal Study of Aging (LSOA), reportan que el tener contactos frecuentes con los amigos y colegas, se asocia a una disminución de la discapacidad (Boulton y cols.).

En el Alameda County Study, Strawbridge y cols. encontraron que el hecho de tener cinco o más contactos personales con otras personas es un factor predictivo de envejecimiento exitoso, el cual fue definido como la ausencia de discapacidad.

Taylor y Luynch, al estudiar las relaciones entre soporte social, discapacidad y depresión, en el marco del Duke Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly (EPESA) concluyeron que las relaciones entre el aumento de la discapacidad y el aumento de los síntomas depresivos, es mediado por el aumento del soporte social percibido, considerando, afirman, que el efecto de la discapacidad de base sobre los síntomas depresivos de base, no son mediados por el soporte social percibido, es decir, las relaciones están presentes sólo para el aumento y no al inicio (Taylor y Luynch,).

Strine y Cols concluyen que el soporte emocional y la discapacidad son inversamente proporcionales, cuando uno aumenta, el otro disminuye. El soporte emocional se asocia con un mejor funcionamiento físico (Strine y cols.). Tenemos soporte positivo y negativo. Según Krause, el soporte en los ancianos es el soporte anticipado. Y este puede ser instrumental o emocional (Krause).

El soporte social es dinámico y se modifica a medida que cambian las situaciones de la vida. Se debería huir del alarmismo reiterado del envejecimiento sobre las consecuencias: Sociales, Políticas y Económicas. Ya que nunca se han cumplido. Pero debería aclararse por qué el envejecimiento demográfico guarda una correlación casi perfecta con los niveles de riqueza y bienestar internacionales

Las personas mayores deben de contar con algún tipo de estrategia para mantener una imagen positiva de sí mismos y enfrentarse a los estereotipos y las actitudes negativas. Debemos desmontar la **autocategorización** (Williams y Garret, 2002). También tenemos que interpretar el **autoensalzamiento del yo** (Heckhausen y Krueger, 1993). Las personas mayores desarrollan visiones optimistas acerca de su futuro (Taylor y Brown, 1988). Taylor y Lobel (1999) comprobaron que hay comparaciones sociales asimétricas: unas hacia arriba y otras hacia abajo.

Todas estas estrategias nos demuestran que la sensación de bienestar no disminuye con la edad (Heckhausen y Krueger, 1993). El bienestar subjetivo es fundamental para las personas, ya sean mayores o no. Y, hay que conseguir los niveles más altos que se puedan de bienestar.

Otras intervenciones: Intersectorialidad e Intervención comunitaria. La Declaración de Adelaida nos recuerda que para promover la estrategia de “**Salud en Todas las Políticas**” el sector de la salud debe aprender a colaborar con otros sectores. Se hace imperativo promover una acción conjunta de Gobierno para desarrollar procesos sistemáticos que promuevan iniciativas intersectoriales prácticas que ofrezcan una respuesta integral a las necesidades específicas de cada grupo de población.

Para lograr una verdadera intervención intersectorial se hace necesario desarrollar un marco legislativo adecuado que se apoye en comités y equipos de acción interdepartamentales e impulse el desarrollo de sistemas de información y evaluación transversales así como las alianzas con los sectores estratégicos.

Desde la concepción positiva y biopsicosocial de la salud promovida por la OMS resulta imprescindible la intervención intersectorial para el desarrollo de estrategias comunitarias de carácter transversal en objetivos tales como: 1. Promover la corresponsabilidad del ciudadano en el cuidado de la salud. 2. Promover hábitos saludables con atención especial al abandono del tabaco, la práctica ejercicio y la alimentación. 3. Prevenir el riesgo psicosocial sobre todo en menores y niños. 4. Prevenir la discapacidad y la dependencia. 5. Reducir las desigualdades

sociales en salud interviniendo en los determinantes socioeconómicos y socioculturales. En este ámbito la colaboración con los Departamentos de Educación, Políticas Sociales, Deporte y Juventud y con las entidades Locales y Asociativas resulta crucial.

1. Valoración social

Esta la suele realizar el trabajador social, pero todo el equipo debe conocerla y hacerla constar en la historia, ya que pueden tener repercusiones en la persona mayor. Es de vital importancia reconocer la relación con el entorno, el hogar, el apoyo familiar y social para establecer un plan de atención a la persona mayor. Al anciano en la consulta se le debe preguntar por los siguientes aspectos sociales: ¿soltero, casado o viudo? ¿Tiene hijos? ¿Viven en la misma ciudad? ¿Con quién vive? ¿Tiene contactos familiares, amigos o vecinos? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo es el domicilio donde vive? ¿Tiene ascensor el edificio donde vive? ¿Precisa algún tipo de ayuda para su autocuidado? ¿Quién es la principal persona que le ayuda o le cuida? ¿Tiene esa persona algún problema de salud? ¿Recibe algún tipo de ayuda formal?

Escalas de valoración social:

1. **Escala OARS de recursos sociales:** proporciona información sobre cinco áreas: Estructura familiar y recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidades para la realización de AVD. Evalúa la respuesta en una escala de 6 puntos: desde excelentes recurso sociales (1 punto) hasta el deterioro social total (6 puntos)
2. **Escala de valoración sociofamiliar de Gijón:** Es utilizada para la detección de situaciones de riesgo y problemas sociales. Evalúa cinco áreas de riesgo social: 1. Situación familiar, 2. Vivienda, 3. Relaciones y contactos sociales, 4. Apoyo de la red social y 5. Situación económica. La puntuación oscila entre 0 y 20, siendo la más alta puntuación la de peor situación social.
3. **Escala de Filadelfia: (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale):** es la escala recomendada por la British Geriatric Society y el American Institute of Aging para la medición o cuantificación de la calidad de vida. Evalúa la actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción con la soledad y la ansiedad con un objetivo claro, el de medir el grado objetivo de satisfacción de la persona mayor. Se aplica fácilmente, excepto en deterioro cognitivo y trastornos del lenguaje (afasias)
4. **Escala de Zarit:** utilizada para valorar la sobrecarga del cuidador principal de personas que padecen demencia. Valora la sobrecarga del cuidador y el impacto en su salud física y emocional, así como su situación económica. Consta de 22 ítems, organizados en subescalas de integración social, ocupación y orientación, independencia física y movilidad:

Entre 22 y 46:	no sobrecarga
Entre 47 y 55:	sobrecarga leve
Entre 56 y 110:	sobrecarga intensa

Valoración social:

Si el anciano vive solo o con otro anciano mayor de 75 años, no será necesario realizar despistaje social y se derivará directamente a consulta de la Trabajadora social:

1. *Relaciones sociales*: Estado civil, relaciones familiares y relaciones con vecinos y amigos.
2. *Actividades sociales*: Pertenencia a grupos (Clubes, Centros de día), ocio, salidas fuera del domicilio/institución, ciudad, Visitas a clubes sociales, iglesias, actividades especiales y planes de futuro.
3. *Recursos Económicos*: Ingresos económicos (pensiones y ayudas)
4. *Vivienda*: Domicilio (habitabilidad, seguridad) Entorno y servicios públicos Barreras arquitectónicas.
5. *Soporte Social*: Convivientes 5.1. Apoyo emocional: Persona de confianza
 - 5.1. Apoyo Instrumental: tareas domésticas, transporte, compra
 - 5.2. Ayuda informativa: Modos de actuación

6.3.1. Taller dirigido a personas cuidadoras. Centro de salud Buztintxuri-Artica

1. Justificación. El Taller va dirigido a personas cuidadoras de familiares en situación de dependencia y se enmarca en la “Estrategia para abordar la Dependencia en Centros de Salud” desde una perspectiva global e integradora y desde una dimensión preventiva y de promoción de salud.

Tiene el objetivo de ser una herramienta de apoyo para el desarrollo del servicio de Educación para la salud a personas cuidadoras, y pretende contribuir al desarrollo personal, de satisfacción y bienestar de las mismas en esta experiencia. El cuidado familiar de personas dependientes constituye un reto social de primer orden y un problema que va en aumento debido al gran número de población envejecida. En la mayoría de las familias es una única persona la que asume la mayor parte de responsabilidad de los cuidados. La mayoría son mujeres. Aunque no se debe identificar vejez con dependencia porque no reflejaríamos la realidad, ya que es la enfermedad la principal causa asociada a la dependencia.

La edad no es causa de dependencia pero existe una evidente relación entre enfermedad y dependencia. La dependencia es el resultado de la combinación de los cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos. Todo ello, influido por el entorno psicosocial y ambiental. En todos los estudios publicados se observa una mayor prevalencia y tendencia al aumento de la dependencia en los sectores de población muy mayor. España presenta uno de los mayores índices de envejecimiento del mundo, se está consolidando el progresivo envejecimiento (personas de 65 y más años), pero especialmente del aumento de las personas de 80 y más años. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Es importante abordar la dependencia mediante acciones orientadas hacia la prevención, promoción de la salud, y formación para las personas dependientes y sus cuidadores y familiares. El hecho de cuidar a un familiar en el hogar, repercute en diferentes áreas de la vida de la persona cuidadora y en el funcionamiento familiar. Las cuidadoras dedican mucho tiempo al cuidado, con una elevada carga física y mental, alterándose su vida en el ámbito emocional, laboral, social, etc. Dando lugar, en ocasiones, al denominado “Síndrome del Cuidador”.

Todo ello pone de manifiesto que el cuidar a lo largo del tiempo a personas discapacitadas y en situación de dependencia, supone la renuncia a una parte de la vida propia de la cuidadora. Por ello, para que cuidar sea soportable hay que tener en cuenta las necesidades de formación de las personas cuidadoras, así como sus condiciones sociales y afectivas. Por tanto, es una necesidad “potenciar los autocuidados en las personas cuidadoras” y fortalecer y ampliar la red familiar y las redes de apoyo social formal e informal como vías de intervención básicas en la atención socio-sanitaria.

La experiencia de cuidar supone establecer una relación interpersonal de ayuda con otra persona que está viviendo la experiencia de la enfermedad y/o dependencia. En conjunto constituyen realidades humanas muy complejas y de una gran vulnerabilidad. En diversas publicaciones sobre actividades educativas realizadas con grupos de personas cuidadoras, las principales necesidades educativas que se detectan en las personas cuidadoras se pueden agrupar en torno a: 1. La situación de la cuidadora y la situación de la persona cuidada. Necesitan comprender, elaborar y aceptar las experiencias vividas, reconciliarse con la enfermedad y comprender la situación de la persona cuidada. 2. Cuidados a proporcionar. Necesidad de adquirir conocimientos y habilidades para proporcionar cuidados físicos e instrumentales, cuidados emocionales, y apoyo emocional, escucha. 3. Cómo cuidarse en esta situación de crisis. Necesidad de reconocimiento y aceptación de sus sentimientos, aumentar los recursos personales, organización del tiempo, habilidades sociales de comunicación, de manejo y resolución de conflictos, etc.

Hay que abogar por una concepción de la tarea de cuidar mucho más amplia, como una actividad compartida necesariamente entre hombres y mujeres y entre distintos colectivos y ámbitos (doméstico, social e institucional). Este taller dirigido a personas cuidadoras pretende ser de ayuda en esta dura tarea. No siempre reconocida y valorada pero de gran importancia para todos.

Entre los contenidos del taller se informará de los recursos socio-sanitarios existentes en situaciones de dependencia y acceso a los mismos, se proporcionará apoyo emocional y social, se aumentará su formación y se desarrollarán habilidades sociales que contribuyan a mejorar las relaciones interpersonales, proporcionando herramientas y estrategias en la tarea del cuidar en el entorno familiar y que esta labor sea más satisfactoria para la persona cuidadora mejorando su calidad de vida.

2. Objetivos: 1. Dotar a las personas cuidadoras de la información, conocimientos y habilidades necesarias, que le ayuden a desarrollar de forma más satisfactoria su papel de cuidadora. 2. Mejorar la percepción de autoestima de las cuidadoras principales. 3. Posibilitar un espacio para la reflexión, el análisis, clarificación de actitudes y expresión de sentimientos, para actuar de forma más objetiva y eficaz. 4. Fomentar la corresponsabilidad familiar en los cuidados para disminuir la sobrecarga de trabajo de las personas cuidadoras. 5. Establecer relaciones de ayuda facilitando el acceso a recursos socio-sanitarios y apoyo emocional, que incluyan herramientas para el manejo de situaciones difíciles y refuercen conocimientos. 6. Desarrollar técnicas y habilidades que doten a las cuidadoras de recursos personales para afrontar las dificultades con más éxito: Habilidades sociales de comunicación, escucha activa, establecer consensos, toma decisiones, manejo de ansiedad, resolución de conflictos.

3. Organización del taller: 1. Criterios de Inclusión: El taller va dirigido a personas que ejercen de cuidadoras de otras personas dependientes pertenecientes a la zona básica de Ártica – Buztintxuri. Con prioridad las personas cuidadoras con sobrecarga del familiar cuidado. Aplicación de Escala de Zarit. Está indicado en situaciones de enfermedades crónicas, degenerativas o incapacitantes como: Alzheimer, Parkinson, ACV, ancianos con pluripatología, etc. 2 Captación: A través de las consultas médicas, de enfermería y trabajo social. Pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria; atención al anciano; alta hospitalarias de riesgo. Personas cuidadoras de pacientes que tienen la calificación de dependencia: severo y gran dependiente. 3. Calendario de sesiones. El taller constará de una sesión de dos horas de duración distribuidas por bloques. 4 Contenido: Bloque 1: La experiencia de cuidar y situación de la persona cuidadora. Bloque 2: Higiene, cuidado de piel y movilizaciones. Bloque 3: Alimentación. Bloque 4: La persona cuidada. Abordaje de la demencia. Bloque 5: Cuidarse para cuidar mejor. Bloque 6: Recursos socio-sanitarios formales e informales. 5. Metodología: Dinámicas de grupo participativas, entrega de material para la dinámica, puesta en común. Exposiciones en Powell Point y video. Se entregará folletos de apoyo. BLOQUE I “La experiencia de cuidar y situación de la persona cuidadora “Ejercicio 1: Presentación de las profesionales que imparten y participantes. Ejercicio 2: ”Cuidar en esta sociedad” “situaciones difíciles en el trabajo de cuidar “Dinámica grupal , división de las participantes en dos grupos pequeños se entrega dos fichas con preguntas y posteriormente puesta en común en pizarra . Análisis y debate grupal sobre la valoración del Impacto en la familia, con el material de las fichas: Enfermar y Depender: Impacto en la Familia y la Experiencia de cuidar a otra persona.

FICHA BLOQUE I. **Enfermar y depender:** impacto en la familia: 1. Modificaciones de las actividades y objetivos de la familia: alteración del proyecto familiar: expectativas laborales reducidas, tiempo de ocio y vacaciones reducidas 2. Aumento de la carga de tareas y compromisos: aumento de las tareas domésticas, tiempo para visitas, consultas y gestiones, hospitalizaciones y separaciones del grupo familiar 3. Aumento de las cargas económicas: traslados, viajes, equipamientos (ayudas técnicas), gastos médicos aumentados, contratación cuidadores y disminución de ingresos por abandono de trabajo/reducción de jornada laboral. Necesidad de adaptación o cambio de domicilio: proximidad geográfica para atención médica adecuada, adaptación de la vivienda a las necesidades especiales, adaptación y cambios en el mobiliario del hogar, condiciones climáticas óptimas. 4. Preocupación acerca de los cuidados de salud: comprensión y verificación de la información médica. Confianza en los servicios de salud. Características de la enfermedad: manifestaciones, (dolor, agitación, desorientación habilidad familiar para seguir tratamiento en domicilio), preocupación e inseguridad hacia el pronóstico y evolución. 5. Aislamiento social: movilidad limitada, atención continuada, sentimientos de vergüenza ante comportamientos inadecuados, miedo a accidentes, infecciones, situaciones imprevistas y limitación de la vida social, disminución de los contactos sociales. 6. Indicadores de tensión familiar: victimización , sentimientos de culpa, rechazo del enfermo, resentimientos acerca de las responsabilidades aumentadas, comparación con otros miembros de la familia, aumento de los conflictos con pareja, hijos e hijas y otros familiares y alianzas, coaliciones, abandono de relación personales. 7. Significado de la enfermedad y el cuidado en la familia: experiencias previas de situación de enfermedad, cómo se resolvieron, estigmatización

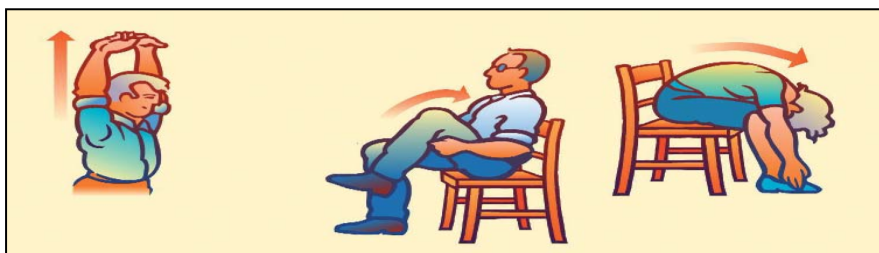
social/aceptación, creencias, valores, formas de entender la enfermedad y el cuidado. 8. Otras fuentes de estrés: desempleo, temas legales, pérdidas recientes, otros enfermos a quien cuidar y problemas conyugales.

FICHA BLOQUE II: Higiene, movilización, cuidado de los pies. En este bloque interesa que las cuidadoras y cuidadores hagan de la higiene algo placentero para la persona mayor, no una obligación del aseo. Importa el lugar, la luz, la temperatura, la intimidad, etc. Ciclo de la Fragilidad: Desde hace unos años se ha hecho necesario expandir el concepto de fragilidad a la práctica clínica por sus relevantes implicaciones: detectar fragilidad supone detectar pacientes “aparentemente sanos” pero en riesgo de eventos adversos de salud sobre los que se debería intervenir precozmente adelantándose en ocasiones a la enfermedad y sin duda siempre a la discapacidad. Con la edad aumenta la fragilidad y las limitaciones, pero se aprende a convivir con ellas y a exigirse menos. La mente se hace más lenta y afloran variadas emociones, pero se desarrollan los saberes de la experiencia y el afán de disfrute. Cambia la forma de vida y la familia, pero se mantiene la capacidad de decidir, en general, con menos ataduras. La vejez no es sólo cuestión de protección y prestación de servicios; se sigue siendo sujeto activo y de derecho. Se trata de llegar a mayor "lo mejor posible", conservando el máximo de capacidades, autonomía y vida propia. La movilidad es muy importante en las personas mayores. Para ello, vamos a desarrollar varios ejercicios que edita el Gobierno de Navarra:

Ejercicio de fuerza



Ejercicio de Flexibilidad



Ejercicio de equilibrio



Fuente: Tríptico del Gobierno de Navarra

La experiencia de cuidar a otra persona. La tarea de cuidar a veces comporta situaciones difíciles otras veces es enriquecedora. En tu experiencia como cuidadora/a de personas, bien de familiares, bien de forma contratada ¿podrías definir los aspectos positivos y negativos en la tarea de cuidar? A) Aspectos positivos: escribir en la pizarra. B) Dificultades, aspectos negativos: Escribirlos para visualizarlos bien.

En el presente bloque se realiza un análisis de la situación y factores socioculturales, familiares y personales relacionados con la experiencia de cuidar. Importancia de la reorganización familiar. Red de apoyo social. Factores ambientales: Los contenidos del análisis de la situación harán referencia a: 1. Relaciones en la familia, compatibilizar el cuidado de la persona dependiente con el proyecto de vida propio.

2. Revisar estrategias de la familia en relación a la situación. Hacer reuniones familiares para la toma de decisiones de cuestiones importantes, solicitud de apoyo social y familiar: familia extensa, los amigos, voluntariado. 3. La cuidadora como pilar de provisión de cuidados informales a personas dependientes, 4. Efectos y alteraciones de la persona cuidadora en la salud, la vida familiar, la actividad personal y el ocio. 5. situación de la persona cuidadora en la sociedad actual. **Ejercicio 3:** Presentación en Powell Point “El Trabajo de cuidar” “Exposición en Powell Point incluye el contenido del trabajo de cuidar. Es, para mi gusto, un poco paternalista. La persona mayor tiene cierta autonomía que hay que fomentar. Por lo que en mi presentación, lo descarto.

BLOQUE III: Alimentación en la persona mayor: La importancia de una buena alimentación en la persona mayor puede disminuir hasta un 50% la mortalidad. Aconsejo: “Darle lo que les apetezca, ya que el sentido del gusto, lo tienen muy disminuido. No discutir, no obligarles a acabarse todo, no forzarles a que coman lo que no les entra. Hacerles todo más agradable.

Un suplemento de nutrición se asocia con una reducción del 50% de la mortalidad en pacientes con enfermedades cardíacas y pulmonares. Alimentarse es llenar el estómago de alimentos. Nutrirse es darle al cuerpo los nutrientes que necesita. Aquí repasaremos la pirámide de la alimentación por su importancia. Hacer agradable la hora de comer

Aseo en el anciano/a: Recomendaciones para bañar a los ancianos: 1. *Mantener un entorno privado y agradable.* Siempre hay que entender el cuarto de baño como una habitación privada, por eso hay que mantener la puerta cerrada. Debemos incorporar al momento del baño cualquier accesorio que pueda facilitar la movilidad de los ancianos. Estos accesorios pueden ser: alfombrillas de goma para evitar su deslizamiento, asientos giratorios que se fijan en la bañera para tener mejor acceso, asideros colocados en la pared para que pueda sujetarse, etc. Es importante tener todo preparado, ropa, toalla a ser posible grande, silla o cualquier elemento que vayamos a utilizar.

Evitar en la medida de lo posible ruidos fuertes que puedan perturbar la tranquilidad que buscamos para el momento del baño. Se recomienda hablar suavemente y optar por añadir a este momento una música tranquila, que ayude a relajarse a los ancianos. 2. *Respetar la autonomía.* Siempre estaremos ahí para ayudar en todo lo que el mayor necesite, pero sin limitar su autonomía. Esto significa que no debemos realizar nosotros todas las tareas. Hay que observar qué tareas, movimientos, etc. pueden hacer las personas mayores, y dejar que las lleve a cabo

siempre que se sienta seguro. Les ayudaremos sólo cuando nos lo pidan o cuando advirtamos que necesitan ayuda.

3. *Crear una rutina.* El baño debe realizarse siempre a la misma hora, ya que para los ancianos dependientes es importante seguir siempre las mismas rutinas. Esto les aporta seguridad en su vida diaria. 4. *Explicarle lo que vamos a realizar.* Hay que mantener siempre informado a los ancianos de las tareas que vamos a realizar a continuación para que nada pueda sobresaltarles o asustarles. En caso de contar con la autonomía suficiente, podrá ser el propio anciano quien lleve estas tareas a cabo, mientras nosotros le ayudamos, verbalmente diciéndole lo que debe hacer y sirviéndole de guía.

5. *Prestarle toda nuestra atención.* En esta tarea la persona mayor puede sentirse incomoda y vulnerable. Por ello, será siempre muy importante hacer siempre caso a sus comentarios, dudas o indicaciones aunque no estemos de acuerdo. Por ejemplo, si los ancianos nos indican que la temperatura del agua no está a su gusto o si estamos sujetándole demasiado fuerte, etc. Si los mayores sienten que les escuchamos y actuamos según sus indicaciones, conseguiremos que se relajen y sea más fácil realizar esta tarea.

6. *Hacer accesible los útiles de baño.* Para poder facilitar la autonomía de las personas mayores es importante que puedan tener acceso a todos los útiles que necesiten para su higiene: champú, suavizante, esponja, albornoz, etc. 7. *Anticiparse a las situaciones difíciles.* Mantenerles siempre tranquilos, darle razones de por qué tienen que bañarse, distraerles por ejemplo con conversaciones tranquilas, sosegadas... Y, sobre todo, grandes dosis de paciencia y cariño. *Éstas serán sin duda nuestras mejores herramientas a la hora de bañar a los ancianos y realizar las tareas propias del baño e higiene corporal*

BLOQUE IV. La persona cuidada. Abordaje de la demencia: Ejercicio 1. Vídeo Demencia “Qué es esto “. Muestra a un enfermo de Alzheimer haciendo la misma pregunta repetitiva a su hijo-cuidador. El hijo, después de contestarle varias veces, reacciona de forma agresiva. Entonces el padre le muestra un diario en el que escribió como su hijo de pequeño le hacia una y otra vez la misma pregunta y como él le respondía con paciencia a todas. Se trata de explorar qué emociones nos produce este video y qué ideas prácticas nos sugiere en relación al cuidado de un enfermo de Alzheimer. Ver video y puesta en común.

Ejercicio 2: “Programación de actividades diarias “Se trata de actuar por grupos, programar las actividades a realizar con una persona con demencia en fase inicial-moderada. Por ejemplo: 9:00- Levantar: Recordar día y hora y lo que vamos a hacer (escribirlo en una pizarra o marcar en calendario) 9:00-10:00-Aseo y desayuno. Dejar que colabore en todo lo que pueda. 10:00-11:00- Realizar alguna tarea doméstica sencilla como hacer camas, limpiar polvo., doblar ropa. Ofrecerlo como una ayuda, un trabajo. 11:00-12:00-Preparar lista de la compra, calcular dinero que gastaremos, elegir menú, ver recetas.

Salir a comprar, dejar que el elija entre algún producto y que pague. Por el camino, recordar el nombre de la calle por la que pasamos, que guíe él. 12:00-13:00 Preparar la comida. Que ayude preparando ensalada o pelando verdura...etc. 13:00- 13:30 Comer. De la forma más autónoma posible. 13:30-15:30 Descanso. 15:30-18:30 Paseo. Visitar familiares o amigos. Acudir a alguna exposición o espectáculo. Hacer manualidades o juegos de mesa. Escuchar música que le guste. Ver álbumes de fotos. Recordar refranes...Se pueden utilizar las fichas de ejercicios o revistas del

... 19:00 Si es religioso acompañarle a misa. Aficiones (animales o plantas) 19:30 Ayudar a preparar cena. 20:00 Cenar, aseo y acostar.

Puesta en común: Devolver y resumir pautas a la hora de programar actividades: Que no sean excesivas. Buscar los momentos idóneos. Tener en cuenta gustos y habilidades que conserva la persona. Que las pueda hacerse de forma rutinaria. Que le haga sentir útil. Que sean mas repetitivas a medida que la enfermedad progresa. Que sean seguras. Evitar objetos que le asusten o confundan. No forzarle. Guiarle paso a paso. Equilibrar actividad y descanso. Tareas sencillas. Potenciar actividades que le permitan expresarse. Analizar actividades que han funcionado y las que no y por qué motivo. Establecer un horario. Cambiar de actividad cuando se muestre aburrido o irritable. Involucrar a familia y amigos en las actividades.

Ejercicio 3. Powell Point “La situación de la persona cuidada “Hablaemos sobre la persona en situación de dependencia y sus causas como la edad, la propia enfermedad (demencia, Parkinson....) BLOQUE V.

Cuidarse para cuidar mejor. En este bloque las personas cuidadoras desarrollarán conocimientos, habilidades y actitudes que mejoren la calidad de los cuidados aplicados a las personas cuidadas. Se trata de conocer actitudes respecto al cuidar y se valorará la importancia del cuidarse. Desarrollar estrategias de afrontamiento saludable mediante el aprendizaje de habilidades asertivas y emocionales. Planificación de actividades de ocio.

Ejercicio 1: Importancia del bienestar de la persona cuidadora. “Aprendiendo a cuidarme mejor “Trabajo en grupo pequeño y puesta en común en grupo grande. Se entrega para ello ficha ¿Qué puedo hacer para cuidarme mejor? FICHA BLOQUE V **¿Qué puedo hacer para cuidarme mejor?** En este recuadro encontrará un listado de sugerencias que han resultado útiles para aprender a cuidarse mejor. En su caso, ¿cuál o cuáles cree que podrían ayudarle mejor? 1. Pararme a pensar si debería cuidarme más. 2. Hacer un listado sobre aspectos que están siendo afectados por el hecho de cuidar al familia. 3. Pedir ayuda a familiares y/o amigos. 4. Solicitar ayuda a instituciones, profesionales, prestaciones económicas. 5. Planificar el futuro: a) anticipar posibles problemas. b) mantener reuniones familiares para distribuir tareas. 6. Cuidar la propia salud: a) buscar la forma de dormir más. b) hacer más ejercicio físico. c) buscar tiempo para relacionarme con otras personas. d) hacer actividades que me gusten. e) buscar momentos de descanso a lo largo del día. f) elaborar mi propio plan de actividades. 7. Aprender a sentirme bien. a) cuando me enfado. b) cuando estoy triste. c) cuando me siento culpable. d) aprender a relajarme. Ejercicio 2: Dimensiones del cuidar. Cuidarse para cuidar mejor. Se entregará ficha sobre estrategias de autocuidado y ficha sobre decálogo del cuidador.

ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO: 1.Cuidar nuestro cuerpo: Procuraremos tener una alimentación equilibrada, actividad física, ejercicio, sueño y descanso. 2. Cuidar nuestra mente. Autocuidados emocionales: Control de la ansiedad: reconocer las situaciones que las originan para evitarlas, es importante reconocer los sentimientos que se experimentan porque ayuda a entender lo que está pasando. Las reacciones emocionales más frecuentes son: tristeza, enfado, depresión, soledad y culpa. Es importante aceptar los sentimientos que la situación nos provoca (satisfacción, tristeza, enfado, soledad, depresión, culpa, etc.), valorarnos como persona (potenciar la autoestima) y reconocer lo que hacemos poniendo límites al cuidado. Equilibrar las situaciones estresantes con otras gratificantes, buscando siempre tiempo para sí,

para descansar y disfrutar. Planificar el futuro, prever situaciones difíciles y tomar decisiones. 3. Comunicación, desarrollar habilidades personales: Mensajes claros, escucha activa, empatía, comportamiento asertivo, resolución de problemas. 4. Cuidar las relaciones personales y sociales: Reorganización de la vida social, realización de actividades de ocio. 5. Recurrir al entorno y buscar apoyo: Buscar un reparto de tareas y cambios en la vida familiar, utilizar los recursos existentes en la comunidad para aliviar la carga que soporta la persona cuidadora. Compartir los cuidados y pedir ayuda, si es posible reuniones familiares para distribución de tareas y cuidados, recurrir a ayuda de instituciones, servicios y asociaciones. Utilización de recursos Comunitarios, institucionales, apoyos formales e informales, Voluntariado.

Decálogo del cuidador. Para alcanzar un buen panorama emocional proponemos a continuación las siguientes recomendaciones:

- a) Acceda a la información a través de profesionales y asociaciones de familiares
- b) Haga frente a los hechos. No se apegue a situaciones anteriores. Su vida será ahora diferente. Examine su actual situación, defina sus emociones y necesidades, así como sus recursos y opciones
- c) Sea sincero consigo mismo y con los demás, especialmente con los otros miembros de su familia. Afronte sus temores. Plantee reuniones familiares periódicas. Ponga a prueba las decisiones que en ellas se toman y revíselas cuando las situaciones cambien. Reconozca sus límites y reparta las tareas
- d) Contacte con otras personas que hayan vivido o vivan con un problema similar, son muchos los que han pasado o están pasando por esto, hablar con ellos le ayudará y le permitirá aprender estrategias que otros han usado con éxito, así como combatir algunas de las emociones negativas que antes mencionamos, especialmente la sensación de aislamiento, la culpabilidad o la vergüenza
- e) Utilice todo lo que favorezca su salud física y psíquica: Haga ejercicio, procure mantenerse en forma. Aliméntese sanamente, procure no tener sobrepeso. Utilice técnicas de relajación y/o de control emocional. Estimule su sentido del humor. Relaciónese y haga amigos
- f) Con respecto al enfermo, trate en todo momento de conservar la serenidad y aprenda a atribuir y diferenciar lo que el enfermo era, de las manifestaciones de su enfermedad
- g) Sea un "buen actor" con el enfermo demente, favorezca la comunicación emocional positiva en cualquier fase de la enfermedad creando un ambiente agradable y tranquilizador. Potencie la autoestima de su familiar creando escenarios en los que se pueda sentir útil. No demuestre tener siempre la razón, la lógica de la demencia no es la que tenemos cuando disfrutamos de la salud. A medida que la enfermedad avance, utilice más el lenguaje corporal (no verbal) que las palabras. Permítale salidas airoas ante sus errores y no le evidencie sus pérdidas de memoria o de cualquier otra capacidad si no es estrictamente necesario
- h) No se exija a sí mismo lo que otro no podría hacer. No existe la cuidadora perfecta. Admita sus emociones, especialmente el cansancio y el mal humor como signos de alerta para modificar, en la manera de lo posible, su programación de actividades. Concédase el derecho a cometer errores y a experimentar sentimientos negativos

- i) No rechace la ayuda que le ofrezcan familiares, vecinos y/o amigos. Agradezca y valore las aportaciones por pequeñas que sean, con eso cultivará y favorecerá que aumenten en el futuro, seguramente las irá necesitando. Concrete al máximo sus peticiones de ayuda
- j) Planifique y programe sus actividades, tratando de mantener sus aficiones e intereses. Utilice su agenda para hacer programaciones realistas que atiendan a sus prioridades, entendiendo como una de ellas su bienestar. Anticípese en la medida de lo posible a problemas previsibles, especialmente en aspectos legales o jurídicos. Mantenga una visión optimista del futuro.

BLOQUE VI “RECURSOS SOCIO-SANITARIOS FORMALES E INFORMALES “El objetivo de este bloque es conocer los recursos socio-sanitarios tanto formales como informales y el acceso a los mismos en los distintos ámbitos como son los institucionales: servicios comunitarios de Atención Primaria de salud y los Servicios Sociales Municipales, otros centros y servicios, asociaciones para la atención de la persona dependiente.

Son recursos socio-sanitarios el Servicio Telefónico de Emergencia, SAD municipal, centro de día, estancias temporales y centros residenciales, ayudas técnicas, ayudas económicas extraordinarias, prestaciones económicas y servicios para la atención de la persona dependiente, derivados del grado de dependencia....Hablamos de recursos informales cuando la atención prestada se encuentra dentro de la red social, familiar, vecinal, voluntariado, asociaciones, grupos de apoyo.

Ejercicio 1: Powell Point. Recursos socio-sanitarios existentes para la atención a la persona dependiente. RECURSOS SOCIOSANITARIOS: 1. Ayudas técnicas/movilidad catalogo SNS. Sillas de ruedas, cojín antiescaras, andadores, muletas, fajas (informe médico familia) prótesis, oxígeno domicilio (especialista). Préstamo camas articuladas (psicogeriatrico). Préstamo material en stock centro de salud. Concesión: SNS. Tramitación: Centro Salud. No sujetas a baremo económico catálogo. Reconocimiento de la minusvalía: centro base de minusvalías. GN. Reconocimiento de minusvalía: 33%. Debe pasar Unidad de valoración. Beneficios fiscales, vehículo, vivienda, centros especiales de empleo. Reconocimiento persona asistida: deducciones fiscales para la cuidadora. Concesión: Bienestar Social. Tramitación: T. S. Centro salud/ayuntamiento. 2. Teléfono de emergencia: Solicitud oficial. Conexión directa entre el domicilio y SOS Navarra. Tasa para ingresos por encima del SMI 6 € mensuales. 3 personas tienen que tener llave del domicilio. Concesión: BIENESTAR SOCIAL. Tramitación: T. S. Centro Salud/Ayto. 3. Apoyos domiciliarios: Servicios de Ayuda a domicilio (municipales): máximo 2 horas diarias. Trabajadoras familiares acuden al domicilio: Aseo, Compras, Limpiezas. Se prioriza la atención al anciano. Pueden llevar comida y lavado de ropa. Se paga en función de la pensión. Tramitación: T. S. Ayuntamiento

Ayudas a la Dependencia en la Comunidad foral de Navarra. He creído conveniente resaltarlas, aunque ya expusimos algo en el Capítulo 3 dedicado a Navarra.

1. Centros de día

- Centro abierto en régimen de día (prolongar la permanencia en el domicilio)
- Públicos: psicogeriátrico
- Concertados: en función recursos del anciano (50%)
- Privado: Posibilidad de ayuda
- Solicitud: T.S. salud o Ayto.
- Burlada: Landazábal
- Psicogeriátrico: Alzheimer. Salud
- Padre Meni: Alzheimer
- El Vergel: público (físicos)
- Tudela, Estella, San Adrián etc.
- Posibilidad de transporte: 60 E

2. Unidad de memoria

- Psicogeriátrico: recurso sanitario
- Demencias en estados iniciales
- Se accede vía neurología o médico A. P.
- Dos sesiones semanales. Dos horas.

3. Servicios de estancia diurna

- Integrados en un Centro gerontológico
- Dirigido a personas dependientes
- Recurso de apoyo a la familia
- Público: psicogeriátrico
- Concertado: ingresos del anciano
- Privados
- Solicitud: T.S. Salud./Ayto

4. Residenciales

- Plazas temporales/respiro: Concertadas para asistidos y posibilidad de ayuda económica para válidos. Máximo dos meses año. Burlada, La Vaguada, el Vergel, Santo Domingo, el Mirador etc. No generan deuda. En función de los ingresos del anciano. Solicitud: T. S. Salud /Ayuntamiento
- Plazas permanentes en toda Navarra: Válidos, asistidos, privadas, públicas. Estancias concertadas. Gestión privada. Ayudas económicas para residencia privada

5. Financiación

- Sujeta a baremo económico
- Se valoran ingresos propios del anciano/a (pensión, rentas..) y propiedades
- El Instituto Navarro de Bienestar Social decreta el importe de la ayuda mensual
- Se firma reconocimiento de deuda
- Tramitación: T.S. Salud y Ayuntamiento

6. Josefina Arregui: Alsasua. Privado, estancias concertadas. Diagnóstico y tratamiento (demencias, alzheimer). Derivado urgencias psiquiátricas, o unidades hospitalización psiquiátrica. Incapacitación judicial

7. Documentación: Fotocopia del D. N. I. Partida de nacimiento. (lugar nacimiento). Familiares cercanos (nombre, teléfono). Certificado médico (enfermedad e incapacidad para gobernar su persona y sus bienes. Irreversible. Escrito firmado por los parientes más cercanos de conformidad, nombramiento tutor.

8. Asociaciones: Asociación de enfermos de Alzheimer ADEMA (Esclerosis múltiple). ADACEN (Daño cerebral). ANAP (Parkinson). VOLUNTARIADO: Voluntariado: Caritas parroquial, Voluntariado Geriátrico San Francisco Javier, siervas de María, Voluntariado Cruz Roja. Todos ellos son muy importantes para las personas cuidadas y cuidadoras, ya que suponen un gran apoyo formal y moral.

“La experiencia de cuidar”: envejecimiento de la población aumenta la proporción de personas mayores: las personas mayores de 80 años, son las que necesitan más cuidados y atención. Se han duplicado en los últimos años. Esperanza de vida alta: 84 mujer y 78 hombre. Las cifras van en aumento en España: 47 millones habitantes y 7.782.904 millones mayores 65. Son el 16,7%.

EN NAVARRA: 643.000 habitantes. 113.38 mayores 65 años. Son el 17,6%. Las familias han cambiado: Incorporación mujer al trabajo, familias más pequeñas y con menos espacio en los domicilios **¿Quién cuida?** Principalmente la familia (el 84% **de las cuidadoras son mujeres:** hijas, esposas, nueras... y, en menor proporción, hijos, esposos, yernos.

Contratación privada (parte importante de la economía de un país) y Voluntariado, Asociaciones afectados, ayuda vecinos...1. Servicios socio-sanitarios: Centros de salud (en consulta, domicilio). Hospitales. Servicio atención a domicilio. Teléfono emergencia. Centros de Día. Centros residenciales 2. Contratación privada: Empresas de servicios 3. Contratación particular a través de bolsas empleo, anuncios, boca a boca...

¿Qué es cuidar? 1. Apoyo en tareas domésticas: comprar, cocinar, limpiar, lavar ropa y gestiones que no pueda hacer. 2. Apoyo en cuidados personales: higiene personal, cuidado de la piel, alimentación, vestir y desvestir, ayudar a moverse (dentro y fuera de casa) 3. Apoyo emocional: escucharle, darle cariño, conversar y compañía 4. Vigilancia: Evitar daños, Caídas, Noches. Reconocer personas, objetos, orientarse. Entender y ejecutar ordenes sencillas 5. Responsabilidad: Que todo funcione. En cada familia el/la cuidador/a principal. Asume la mayor parte de responsabilidad. Suele ser mujer entre 45 y 65 años.

¿Qué es una persona dependiente?: Persona con alguna *limitación*. Que *no puede por si misma* realizar las actividades diarias: comer, vestirse, moverse... Que *necesita ayuda* de otra persona. Son personas que dependen de los demás para vivir dignamente..... Pero pueden decidir como ser ayudados. Cuidar es: Ayudar a mantener su proyecto de vida, sus decisiones, su dignidad mientras exista vida... Cuidar no es sobreproteger. Es hacer y decidir por el/ella cuándo y qué comer, cuando duchar, si debe o no salir de casa PASIVIDAD = INCAPACIDAD = FRUSTRACIÓN: término medio entre sobreprotección y abandono.

La familia busca ayuda. Cuidadora principal sobrecargada... A veces conflictos familiares. Solicitud de ayuda externa Se establece una relación: A) Persona que necesita ayuda (dependiente) B) Persona que cuida (cuidadora) Hay que darse tiempo. Tres cosas importantes: 1. Respetar los derechos de cuidadora y persona dependiente: Conocerse/aceptarse/respetarse.

Limitaciones y posibilidades. No consentir que no respeten tus derechos. La familia favorece la adaptación. 2. Cuidar la autoestima de la persona dependiente: Hacerles sentir valiosos. Mirarles con tolerancia, amor y humor. Demostrarles cariño. 3. Favorecer su autonomía: adecuar casa, no sobreprotección, cama y baño adaptado. Tipos de cuidador/a. La autoestima: Hacerles sentir valiosos. Mirarles con tolerancia, amor y humor. Demostrarles cariño **¿qué no hacer?** Hablar de sus limitaciones en su presencia. Enfrentarse, discutir. Meterle prisa. Culparme por mi reacción, falta de paciencia... (Recordar la comunicación no verbal) Actitud: Respetar gustos. Expresar afecto y humor. Paciencia, empatía. Flexibilidad para adaptarse a los cambios y ritmo del enfermo/a. Importancia de la ocupación. Hacer cosas que den sentido a la vida. Estimular las capacidades **Actitud del cuidador/a.** No insistir continuamente “que se anime”. Actividades que pueda alcanzar (si no frustración...) Ofrecer la actividad como un trabajo, ayuda (algo útil). Adaptar la actividad a su nivel: Hacer la tarea más sencilla. Ayuda pero que participen en lo que puedan, aunque nos cueste más tiempo. Actitud del cuidador/a: 1. Conocer y respetar sus creencias, sus costumbres, sus gustos... 2. No regañar ni avergonzar delante de otras personas. 3. Darles el tiempo que necesiten para hacer las cosas. Mantener rutinas. 4. No obligarles si no quieren. Cambiar de actividad. 5. Utilizar el buen humor.

Actividades posibles: 1. Cuidado personal que colabore lo que pueda sin meterle prisas ni aturullarle 2. Cuidado de la casa: limpiar zapatos, doblar ropa, lavar platos.... a) En la cocina: consultar libros cocina, seleccionar receta, comprar ingredientes, prepararlos. b) Manualidades: pintura, dibujo, arcilla, coser....recortables. c) Juegos de mesa: parchís, cartas, domino, rompecabezas, crucigramas...d) Aficiones: lectura (revistas antiguas), música de su época e) Jardinería: encargar cuidado de una planta, sembrar, secar flores) Animales domésticos g) Buscar temas de conversación: pasado-fotos, temas actualidad periódico h) Visitar amigos familiares, ir misa, pasear, espectáculos.. I) Música: probar cual les gusta, bailar. j) Dedicar 30 minutos/día a ejercicios intelectuales adecuados a su capacidad k) Marcar en el calendario el día, l) Lectura y comentario noticias o revistas. ll) Pintar, pelar verduras.. m) Adivinar olores, sonidos, reconocer familiares en fotos. n) Recordar refranes ñ) Juegos con números: bingo, cálculo

Estas son sus recomendaciones fundamentales: 1. Cuidarse para cuidar. *Si el cuidador enferma la persona a su cargo se queda sin atención, por ello es fundamental seguir pautas como visitar de forma periódica al médico, evitar el aislamiento social, ya que es básico para encontrar apoyo ante las demandas diarias, pedir ayuda cuando es necesario y valorar la función de cuidador que se está ejerciendo.*

2. Evitar la sobrecarga. *Vigilar el sueño, la alimentación, mantener una actitud positiva, buscar información y prepararse ante el duelo por el familiar se encuentran entre las cuestiones básicas que también ayudan a evitar la posible sobrecarga* 3. Fomentar la autonomía del familiar. *En cuestiones de higiene hay que saber qué puede y qué no puede realizar de forma autónoma la persona a la que se cuida y promover esta autonomía. Vestirse, comer o cuidar de su aseo repercuten en la autoestima del familiar y en su salud. Si el cuidador debe ocuparse de estas cuestiones, el manual le ayudará a saber cómo realizar cada una de ellas para facilitar la tarea.*

4. Cuidar las posturas. *El cuidador debe ser consciente en todo momento de la postura física que toma cada vez que realiza una tarea como movilizar a su familiar en la cama, pasarlo de la cama a una silla o ayudarlo a caminar.* 5. Estar atento a la alimentación. *La falta de apetito o la pérdida de peso son indicios de que algo sucede y el cuidador debe saber reconocer estos indicadores para consultarlos con el médico. La dieta es fundamental para evitar que aparezcan*

trastornos como el estreñimiento y se deben seguir pautas al alimentar al dependiente como no hacerlo cuando está tumbado.

6. Desarrollar habilidades de comunicación. *Existen cuestiones muy prácticas como evitar hablar con el mayor cuando está enfadado o cansado, saber reaccionar ante muestras de agresividad o actuar de forma adecuada ante posibles alucinaciones. El médico es una vez más el mejor aliado para poder tomar la actitud más adecuada a la situación por eso acudir a su consulta es clave.* 7. Conocer la medicación y cómo conservarla. *El cuidador cuenta con el apoyo de médicos y enfermeros para ayudarle y afrontará mejor las situaciones que se le presenten con el mayor si reúne toda la información necesaria para ello.*

8. Manejar las caídas. *Un hogar adaptado evitará muchos de los accidentes comunes y si además el cuidador sabe cómo movilizar al familiar cuando haya sido inevitable su caída, evitará lesiones propias y empeorar las existentes en el mayor.* 9. Estar informado. *Conocer las figuras jurídicas para ejercer la tutoría del mayor o cómo acceder a las ayudas administrativas son otra asignatura importante para el cuidador. En la página web de la SEGG podrá encontrar respuesta a muchas de estas cuestiones.* 10. Controlar el uso de sujeciones físicas. *Siempre hay que utilizarlas bajo prescripción médica y cuando fallan otros métodos. Deben emplearse el menor tiempo posible y dejar el mayor margen posible de movimiento para el mayor.*

El manual se puede conseguir de forma gratuita en los centros de salud y centros de servicios sociales y se puede descargar en la web del Imserso.

6.3.2. Derechos de las personas cuidadoras

1. El derecho a cuidarse, dedicando tiempo y haciendo actividades para ellas sin sentimientos de culpa, de miedo y sin autocritica.
2. El derecho a mantener facetas de su propia vida que no incluyan a la persona a la que cuidan.
3. El derecho a experimentar sentimientos negativos (tristeza, rabia o enfado) por ver enfermo estar perdiendo a la persona querida.
4. El derecho a resolver por ellas mismas aquello de lo que sean capaces,
5. El derecho a preguntar y pedir ayuda a otras personas para resolver aquello que no comprendan, reconociéndolos límites de su propia resistencia y fuerza.
6. El derecho a buscar soluciones que se ajusten razonablemente a sus necesidades y a las de sus seres queridos.
7. El derecho a ser tratadas con respeto por aquellas personas a quienes solicitan consejo y ayuda.
8. El derecho a cometer errores y ser disculpadas por ello.
9. El derecho a ser reconocidas como personas valiosas y fundamentales de su familia, incluso cuando sus puntos de vista sean distintos.
10. El derecho a quererse y admitir que hacen lo humanamente posible.
11. El derecho a recibir consideración, afecto, perdón y aceptación por lo que hacen por la persona a quien cuidan.
12. El derecho a aprender, y a disponer del tiempo necesario para aprenderlo.
13. El derecho a decir “no” ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas.
14. El derecho a seguir desarrollando su propia vida y disfrutando de ella.

15. El derecho a liberarse de sentimientos y pensamientos negativos, destructivos e infundados, aprendiendo a manejarlos y controlarlos.
16. El derecho a rechazar cualquier intento que haga la persona cuidada para manipularlas, haciéndoles sentir culpables o deprimidos.
17. El derecho a estar orgullosas por la labor que desempeñan y aplaudir el coraje que tienen que reunir muchas veces para satisfacer las necesidades de la persona de la que cuidan.
18. El derecho a esperar y demandar que, así como se están haciendo nuevos esfuerzos en encontrar recursos para optimizar la atención a las personas discapacitadas física y mentalmente en nuestro país, se hagan los mismos esfuerzos para optimizar la ayuda y el soporte necesarios a las personas cuidadoras.
19. El derecho a ser ellas mismas...

Si son mujeres, quieren:

- Exigir que se tengan en cuenta sus puntos de vista y se respeten las decisiones que les afectan individualmente.
- Expresarse sin temor a represalias.
- Ser escuchadas
- Ser comprendidas
- Valorar nuestras opiniones, nuestro espacio, nuestro tiempo, nuestro trabajo
- Compartir con los demás miembros de la familia las responsabilidades cotidianas
- Distribuir las tareas domésticas
- Tomar conjuntamente decisiones familiares
- Reclamar respeto a nuestros sentimientos, nuestras actividades, nuestras amistades y nuestras creencias.
- No ser desautorizadas
- Exigir el reparto de las responsabilidades hacia las personas mayores y dependientes. ¿Alguna vez alcanzaremos la igualdad en el reparto de tareas.

6.3.3. Charla a la población inmigrante

La crisis ha llevado a muchos extranjeros a volver a su casa, a sus raíces. La vuelta o el retorno, no es fácil como sucedió con la vuelta a casa del héroe griego Odiseo (Ulises en latín) tras la Guerra de Troya. Ulises tarda diez años en regresar a la isla de Ítaca, de la que es rey. Durante ese tiempo su esposa Penélope y su hijo Telémaco sufren en su palacio el acoso de los múltiples pretendientes que buscan desposar a Penélope, pues creen que Ulises ha muerto. La diosa Atenea, hija de Zeus, ayuda a Ulises a regresar a su hogar, pero serán sobretudo su inteligencia y su astucia los que le permitan escapar de los continuos problemas a los que ha de enfrentarse por designio de los dioses.

Para esto, planea diversas artimañas, bien sean físicas (como disfraces) o audaces y engañosos discursos de los que se vale para conseguir sus objetivos. El viaje de Ulises puede calificarse de "itinerario humano". Una multitud de personajes de gran simbolismo pueblan el retorno de su periplo, a Ítaca.

Ulises finalmente salvará su condición de hombre llevando su vida a la plenitud. **¿Qué es el viaje?:** Es movernos de nuestro país a otro por diversos motivos: trabajo, matrimonio, etc. Pero es ante todo un viaje hacia el interior. Ante el reto de vivir. Dice Ulises que hay cinco cosas que no hay que empeñarse en variar: 1. Todo cambia y todo acaba. 2. Las cosas no siempre

sucedan como las habíamos planeado. 3. La vida no siempre es justa. 4. El dolor forma parte de la vida. 5. La gente no siempre es amorosa y leal.

La crisis como factor agravante del síndrome de Ulises. Síndrome del duelo migratorio extremo. *Duelo migratorio*: el contexto actual ha añadido nuevas y dolorosas adversidades a los inmigrantes, incrementando la elaboración del duelo migratorio

Características del duelo migratorio: 1. El duelo parcial: no hay una desaparición, sino una separación. 2. Es un duelo recurrente: va y viene en la vida del sujeto. 3. Es un duelo vinculado a aspectos infantiles muy arraigados. 4. Es un duelo múltiple: los siete duelos de la emigración. 5. Da lugar a un cambio en la identidad. 6. Da lugar a una regresión. 7. Tiene lugar en una serie de fases. 8. Supone la puesta en marcha de mecanismos de defensas y errores cognitivos en el proceso de la información. 9. Se acompaña de sentimiento ambivalentes 10. El duelo migratorio también lo viven los que se quedan en el país de origen. 11. El regreso del inmigrante es una nueva migración. 12. Es transgeneracional **¿Cómo viajamos?** Aunque la migración es un fenómeno tan viejo como la evolución o la humanidad, cada migración posee características específicas. Y, en los últimos años ha sido claramente perceptible un nuevo cambio en las circunstancias, en el contexto de la migración. Las migraciones del siglo XXI se están realizando en condiciones especialmente difíciles, tal como veremos al hacer referencia específicamente al Síndrome de Ulises.

España país de emigrantes. Los tiempos cambian. Las migraciones de los años 60 son las de otra época de nuestra historia, la España del franquismo y el subdesarrollo... España era también un país aislado, en el que apenas había extranjeros. La única expresión transcultural en aquella época era el Domund –“Domingo Mundial” para las misiones. Separaciones de países por muros. Hay muros para detener las migraciones no tan sólo en Ceuta y Melilla o entre USA y México, que son los más conocidos, sino entre Malasia y Tailandia, Botswana y Zimbabue, entre Bangla Desh y la India, donde se han comenzado a construir 4000 kilómetros de muro. (En el tiempo en el que corregía este texto ya me ha llegado la noticia de un nuevo muro entre Arabia Saudí y Yemen).

Hoy: Las previsiones de la ONU indican que el número de emigrantes que ahora es de 200 millones de personas, se duplicará en los próximos 20 años, constituyendo lo que se denomina **el sexto continente**, el continente móvil: lo cual con las fronteras de los países desarrollados prácticamente cerradas como las de una fortaleza, no presagia nada bueno.

¿Quién soy? *El síndrome del inmigrante con duelo migratorio extremo* “...y Ulises pasaba los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus ojos en el mar estéril, llorando incansablemente...”(*Odisea*, Canto V, 150). “Me preguntas cíclope cómo me llamo. Y, voy a decírtelo. Mi nombre es nadie y nadie me llaman todos...” (*Odisea* Canto IX, 360).

También aquí, recordé a María Zambrano, cómo abandona su país y sale de una ciudad a otra, porque ningún sitio es su patria, y no es nadie, es menos que nadie. Quiere volver como Antígona a su hogar, pero no lo encuentra. (Zambrano M., 1955) **Estrés del inmigrante.** Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos.

Estas personas sufren el riesgo de padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables

adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). Factores que potencian la intensidad de los estresores del Síndrome Ulises: 1. Multiplicidad: los estresores no se suman, sino que se potencian entre ellos. 2. Cronicidad: a mayor tiempo de exposición más riesgo de afectación. Efecto acumulativo. Estas personas no tienen un mal día, sino una mala vida. 3. Ausencia de control sobre los estresores: indefensión aprendida (Seligman, 1975), ausencia de *self-efficacy* (Bandura, 1983). 4. Gran intensidad y relevancia: afectan a todas las esferas vitales básicas. 5. Ausencia de redes de apoyo social. Fuerte déficit de capital social (Coleman, 1984) 6. A estos estresores se les añaden los duelos clásicos de la migración: lengua, cultura, paisaje, xenofobia... el estrés acumulativo vivido de modo extremo. 7. Además el inmigrante padece toda una serie de síntomas que le dificultan seguir luchando. La salud es su capital y lo va perdiendo. 8. El sistema sanitario no diagnostica ni trata adecuadamente este cuadro: a) por banalización o desinterés (por no conocer el tema, por falta de sensibilidad, por racismo. He de decir, que es por falta de formación de los profesionales. No conocemos sus raíces y a veces no les tratamos bien.

Sus enfermedades son más psicosomáticas que físicas. b) Porque son diagnosticado erróneamente y tratados como depresivos, psicóticos o como enfermos somáticos, actuando así el sistema sanitario como un nuevo estresor. (Tomado del libro *El Síndrome de Ulises*, Achotegui, J. 2009) c) Yo propondría que hubiese en la Sistema Sanitario, personal especializado en estas etnias y, así, el tratamiento sería más efectivo.

Igual, que hoy se admiten religiosos musulmanes o de otras religiones en los hospitales, hubiese profesionales sanitarios especializados en estas personas. Ya que sus enfermedades no son físicas muchas veces. Por mis viajes a países subdesarrollados, conozco a muchas estas personas. Y, no sólo las conozco, sino que las entiendo y se siente comprendida.

A pesar de que hay grandes engaños de esta población por conseguir ayudas y demás. Pero al conocer sus historias y al dejarles espacio para que se expresen, se sienten que han encontrado un lugar donde se les entiende. Debo decir no obstante, que sin tiempo, es imposible atenderlos a todos y poder ayudarlos. Sigo pensando, que hay que especializarse en sus creencias y en sus modos de vida para poder ayudarles y poder descongestionar las consultas médicas y de enfermería por procesos psicosomáticos.

POESÍA DEL EXTRANJERO

Extranjero, no te acerques ni un paso más,
 No me tiendas la mano,
 Extranjero,
 No debemos tocarnos las manos,
 Para reunir tu soledad con la mía.
 Obra según las reglas:
 Ningún hombre se acercará a un hombre,
 Ninguna mujer se acercará a otra mujer,
 Ni un hombre, mujer, ni una mujer, hombre.
 Nuestra vida depende de eso.
 Tú usas una bufanda roja,
 Yo una gorra azul
 Y no puede haber nada entre nosotros.
 Si me preguntas la hora, debo volver el brazo.
 Si te pregunto por el camino, tendrás que señalarlo.

Las reglas cuelgan de cada poste de alumbrado,
Encima de la canasta de geranios,
Están clavadas en los postes telefónicos.
Aunque gritemos para romper el silencio,
¿Quién sospecharía la universalidad de su dolor?
¿quién confesaría en la próxima esquina?
Extranjero, cuando sea el incendio,
Atravesarás el humo para redimirme.
Extranjero, a la hora del diluvio,
Te sacaré del agua,
A la hora del invasor,
Nos reuniremos.
Sálvanos de nuestra intimidad
Ahora, mientras estamos juntos a la cinta que nos trasporta
Conduciéndonos al futuro,
El cual, como el cielo de los antiguos,
Justificará el desastre de esta hora.

Peter Goble

Stevens J, *El darse cuenta: sentir, imaginar y vivir claro*. Cuatro Vientos editorial, 1976, p. 101



Quería poner este cuadro, en memoria a tantos emigrantes que se juegan la vida en el mar Mediterráneo para llegar a Europa, donde creen ellos que encontraran el paraíso, y muchos perecen en las aguas del mar sin alcanzar el sueño ideal de hacerse ricos y volver a su país. Al llegar a Europa, los que lo consiguen, todos sus sueños se les caen por su propio peso: desempleo, discriminación racial, ostracismo, etc.

6.3.4. Estrategias de la prevención de la dependencia

Lo difícil en la dependencia es que no se puede curar, pero sí prevenir y alargar el mayor tiempo posible su aparición, reduciendo los años de dependencia. En Estados Unidos se hizo un estudio entre el 1982 y 1999 donde se vio que no aumentaron las personas mayores dependiente, a pesar de que los mayores de 65 años siguieron creciendo desde 26,9 a 35,3 millones durante dicho periodo (Manton y Gu, 2003). Tenemos que tener voluntad por parte de todos los responsables sanitarios y sociales para la prevención y protección de la dependencia. Una prestación básica del Sistema Nacional de Salud es reconocer la asistencia geriátrica. Con ella se podrá llevar a cabo una adecuada Ley de Protección a la Dependencia en España.

Nosotros vamos a intentar prevenir la dependencia en tres **niveles**:

- 1. Prevención Primaria de la dependencia:** Aquí la responsabilidad cae sobre los equipos de Atención Primaria con medidas como: práctica de ejercicio adecuado, alimentación correcta, evitación de tóxicos y mantener relaciones sociales. Aquí me encuentro yo como trabajadora sanitaria.
- 2. Prevención Secundaria de la dependencia:** Aquí los APS como la atención especializada deben asumir sus responsabilidades. La detección precoz e intervención adecuada en los siguientes problemas: HTA, hiperlipemias, anticoagulación de la Fibrilación auricular, déficit sensoriales, depresión, enfermedades respiratorias, diabetes, etc.
- 3. Prevención Terciaria de la dependencia.** Aquí tenemos las fases diagnóstica, terapéutica y rehabilitadora cuando la enfermedad genera dependencia. Debemos incluir a los tres pilares: APS, AE (Atención especializada) y la atención geriátrica. Los tres limitarán la dependencia tanto cualitativa como cuantitativamente.

Debemos **promover programas comunitarios y de envejecimiento saludable**. Para ello, debemos considerar: 1. Una actividad conjunta de los médicos, enfermeras y trabajadores sociales. 2. Tener una red de servicios sociales con recurso suficiente, ágiles y accesibles. 3. Con un objetivo común: la prevención de la dependencia. 4. Con apoyo efectivo de cuidados con formación básica a los cuidadores de las personas mayores. 5. Formación geriátrica y gerontológica a todos los profesionales que participen en los programas. Asesoría por especialistas y expertos en lo referido a la especialidad. Incentivar la participación de los diversos profesionales y el trabajo multidisciplinar. 6. Siempre apoyar la colaboración de la familia y organizaciones sin ánimo de lucro. No rechazar al sector privado, aunque siempre con la supervisión de los recursos públicos.

Plantearnos **objetivos** para conseguir **el fomento de la salud y el bienestar** durante toda la vida. Para ello debemos reducir los factores de riesgo de sufrir enfermedades con medida apropiadas: Con políticas de erradicación de la pobreza, con ayudas que permitan a las familias y a las comunidades cuidar dignamente a sus mayores. Reducir la discapacidad y la morbilidad. Reducir los medicamentos en los ancianos por sus problemas secundarios y multiplicador al tomar varios.

Promoción de políticas de prevención de enfermedades, vacunaciones, educación sanitaria y de vida saludable y autocuidados, prevenir el aislamiento social y las enfermedades mentales, prevenir caídas, garantizar el acceso de todas las personas mayores, a pesar de la crisis, a una alimentación segura y adecuada, educarlas en necesidades nutricionales, promover servicios dentales, promover el acceso universal y equitativo a los servicios de salud, eliminando barreras y desigualdades sociales y económicas, fortalecer los servicios geriátricos y mejorando la formación de los equipos tanto sociales como de gerontología y geriatría, mejorar la coordinación entre los tres niveles de atención: APS, especializada y servicios sociales y comunitarios, apoyando la rehabilitación, la atención a los enfermos crónicos y paliativos y fortalecer los equipos de geriatría, mejorar la información y la capacitación. Siempre nuestro objetivo principal va a ser el mantenimiento de la capacidad funcional máxima durante la vida que le queda a la persona mayor y que ésta tenga la mayor participación en ella.

Debemos crear entornos propicios para las personas mayores, derribando las barreras que se nos presenten. Por lo que deberemos promover la construcción de viviendas sin obstáculos. Es necesario que facilitemos la creación de organizaciones de autoayuda. En Navarra existe la “guía del anciano” en Osasumbidea para todo lo relacionado con el anciano a nivel sanitario. La cartera de Servicios de Atención Primaria incluye diversos programas específicos como vacunación de gripe y tétanos, prevención cardiovascular, crónicos, enfermedades diversas y prevención de problemas en el anciano. Integrados en “Servicios de Atención al anciano”, vigente en todas las comunidades Autónomas (INSALUD, 2002, Luque A, 2002).

Busquemos estrategias y potenciemos las que ya tenemos: Potenciar programas de atención domiciliaria. Esta es una opción que proporciona a los ancianos una mejor calidad de vida, disminuyendo las complicaciones menores, la institucionalización, los reingresos y mejora la relación médico-paciente. Esto no quiere decir, que los ancianos no van a ingresar en los hospitales, sino que éstos van a ser menores y más alejados unos de otros. Para ello, el quipo debe estar formado por profesionales en geriatría y gerontología. Y, debe haber una gran uniformidad en la prestación de los servicios. Desarrollo de centros diurnos. Hospitales de Día Geriátricos (HDG) y Centros de Día que son alternativas asistenciales que hacen que los ancianos dependientes se institucionalicen.

1. Los Hospitales de Día Geriátricos son fundamentales para la recuperación funcional de los ancianos con incapacidad leve o moderada para que permanezcan en su domicilio (Geriatría XXI, 2000; Informe defensor del pueblo, 20009) La ratio recomendada es de 1 HDG por cada 250.000 habitantes o por cada 30.000 personas mayores de 65 años. Estos Hospitales de Día Geriátricos están dentro de los hospitales para permitir las funciones clínicas y favorecer las funciones de Valoración Geriátrica integral y favorecer la educación para la salud y reuniones de asociaciones de familiares de enfermos crónicos (Alzheimer, etc.)

2. Centros de Día Se deben crear 1 plaza por 100 personas mayores. Separación de los enfermeros de demencia. Hay que fomentar terapias de estimulación cognitiva y conductual para los problemas de demencia. Educación a pacientes y familiares. Potenciar los cuidados a domicilio y que puedan acudir a los centros de día. Y, por últimos, que estos centros puedan estar abierto los fines de semana para favorecer el respiro de los familiares que cuidan a las personas dependientes.

3. Potenciar la cobertura sanitaria de las residencias. Estas deben ser “un lugar para vivir”. Para ello se deben considerar unidades de larga estancias o extra –hospitalarios para atender a ancianos con pocas posibilidades de recuperación. Para ello: 1. No considerar sin más a una persona dependiente sin haberle realizados una valoración íntegra. 2. Intentar aumentar su autoestima antes de pensar que no es capaz de algún que otro logro funcional. 3. Las residencias deben estar siempre coordinadas con los servicio sanitarios, tanto primarios como de especializada y, sin olvidar, a geriatría. 4. Todas las residencias deben contar con un hospital de referencia con infraestructura geriátrica. No hablamos de hospitales de tercera donde el anciano no tendría cobertura sanitaria completa como lo dice el artículo 43 de la Constitución. 5. En estas residencias habrá un equipo multidisciplinar: médicos, enfermeros auxiliares, podólogos, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, animadores socioculturales y cuidadores. Y por último, 6. Facilitar la formación en geriatría y gerontología de todos los profesionales del medio residencial.

4. Generalizar la cobertura geriátrica en los hospitales generales. Estudios hechos como el que vimos anteriormente de Estados Unidos, nos demuestran que el gasto no está relacionado con la expectativa de vida, sino con la dependencia y la institucionalización. Generalizamos cuando hablamos de ancianos y no todos están ni necesitan hospitalización especializada, sólo los que presentan un alto riesgo de dependencia. Por lo que si frenamos ésta, estamos frenando el gasto sanitario.

Debemos dar cobertura a las personas dependientes y las que están es riesgo de serlo. **La prevención es la mejor estrategia.** Para ello: Establecer políticas de desarrollo progresivo en recursos geriátricos especializados hospitalizados que abarquen el 100% de los hospitales españoles y Estas políticas deben seguir los criterios de universalidad, equidad y excelencia. Nunca fomentar la desigualdad sanitaria. Debemos dar asistencia geriátrica especializada en la hospitalización de agudos. Para ello: 1. Cobertura del 100% de los hospitales generales con asistencia geriátrica especializada. 2. Implantar la cartera de servicios aprobada por el Ministerios de Sanidad y Consumo, con la implementación de UGAS en todos los hospitales españoles, para recibir en todo el territorio nacional una asistencia de calidad. 3- Si no hay UGAS, que haya equipos geriátricos interconsultores en los hospitales generales. 4. Todos los hospitales españoles deberán tener equipos geriátricos interconsultores como apoyos a los ancianos que ingresen en otras especialidades. 6. Crear puentes entre hospitales y asistencias geriátricas especializadas, en especialidades como fracturas de cadera, demencias, etc. 7. Potenciar la formación geriátrica en todos los profesionales que atienden a las personas mayores. 8. Investigar clínicamente para mejorar en el diagnóstico, tratamientos, etc.) de las personas mayores y sobre todo del anciano frágil. Urgencias hospitalarias.

Aquí es imprescindible un equipo geriátrico. Además se ha demostrada que disminuye el deterioro funcional tras la intervención, disminuyen los reingreso, el riesgo de institucionalización y la mortalidad. Y, cómo no, conlleva un menor coste. Para ello, es imprescindible la formación de los profesionales y la puesta en marcha de protocolos de actuación. Y, siempre, garantizar la cobertura de nuestros ancianos al 100%. Sin olvidar en ningún momento, el desarrollo y la potenciación de la investigación clínica específica de la población anciana en los servicios de urgencias.

5. Garantizar el acceso a unidades de media estancia o convalecencia. Este fue el primer nivel asistencial geriátrico avalado y cuenta con el mayor grado de evidencia científica. Estas unidades han demostrado al año: A) Una reducción de mortalidad el 23,8 frente a 48,3%, B) Una reducción de la institucionalización del 12,7 vs 30%. C) Mejora de la situación funcional en actividades básicas del 48,4 frente a 25,4%. D) Instrumentales del 46,8 vs 24,1% de la vida diaria. E) En la situación cognitiva un 35,6 frente a 22,4% y en la afectiva del 42,4 vs 24,1%. F) También mejoró la estancia hospitalaria, reingreso y coste de la atención del grupo de pacientes tratados en la unidad que hay en un hospital de agudos frente al grupo de control tratado convencional (Rubenstein LZ et al., 1984). G) Se comprueba que la rehabilitación ha corroborado los beneficios sobre la situación funcional y la reducción de la mortalidad y la institucionalización de un 79% vs 61% viviendo en su domicilio, a los 6 meses, sin diferencia de coste del proceso con el grupo control (Applegate WB et al, 1990).

Todos estos datos fueron corroborados con posterioridad en el metaanálisis de Stuck (Stuck AE e al, 1993). Sabemos que durante la hospitalización, el deterioro funcional aparece en

un 25-55% de los casos. Y afecta: a la capacidad de ambulación, control de esfínteres, aseo personal, etc. Pero antes de la institucionalización deben agotarse todas las posibilidades preventiva y terapéuticas que la evidencia científica nos ofrece (Defensor del Pueblo, 2000). Desarrollo de suficientes camas de larga estancias. Potenciar la coordinación socio-sanitaria. Implantaciones de controles de calidad específica de prevención y atención a la dependencia.

Peculiaridades y diferencias entre las CCAA. Debemos intentar la cohesión territorial y funcional, ya que desde el 1 de enero del 2002 se hallan transferidas las competencias a las 17 comunidades autónomas. Vamos a describir las diferencias en la asistencia geriátrica especializada en los diferentes hospitales de agudos, las unidades de media estancia, y en los hospitales de día en las distintas comunidades autonómicas.

Este mapa es bastante heterogéneo en cuanto a la asistencia geriátrica hospitalaria y, por qué no decirlo, con una falta completa de equidad, pues hay comunidades donde se cubre prácticamente la prevención y tratamiento de la dependencia y otras que no se lo plantean. Esto lo que hace es aumentar el gasto derivado de la necesidades de cuidadores sociales y sanitarios domiciliarios y residenciales.

Entre las más desarrolladas esta Cataluña con un gran desarrollo de las unidades hospitalarias de atención a la dependencia con características rehabilitadoras y de cuidados (UME), hospital de día y de larga estancia hospitalaria con un programa “Vida a los años”. El resto de comunidades se encuentran con una cobertura muy desigual en cuanto a la atención de agudos y de media y larga estancia. Es alarmante en algunas comunidades por la ausencia total o parcial de recursos geriátricos especializados, y, no yendo muy lejos, se encuentra Navarra, entre otras como Extremadura, Baleares, Murcia, País Vasco.

6.3.5. Estrategias para el desarrollo del modelo de atención sanitaria navarra del Gobierno de Navarra

Como hemos dicho siempre, Navarra se ha caracterizado tradicionalmente por tener un sistema de salud por encima de la media española. Además, de situarse la esperanza de vida de los navarros en una de las más altas de Europa. Pero como sabemos, los recursos son limitado y las demandas de servicios socio-sanitarios son ilimitados. Para ello, debemos optimizar la gestión en todas las áreas posibles.

Ya el informe Abril del Servicio Nacional de Salud nos alertaba sobre el creciente aumento de la demanda, **el envejecimiento de la población** y la mejoría del nivel de vida. Este “*Informe Abril*” fue redactado hace 20 años por un grupo de expertos donde se juzgaba y evaluaba el sistema sanitario público español, con una serie de recomendaciones para su viabilidad a corto, medio y largo plazo. Nos alertaba en sus conclusiones de que el Servicio Nacional de Salud estaba amenazado por el creciente envejecimiento de la población y la limitación de los recursos.

El día 28 de Octubre del 2016, el diputado Alli, de Navarra, en el Parlamento Nacional, recordaba el problema de regenerar nuestra sociedad, por la falta de nacimientos y por la longevidad de la vida. Navarra, lo está sintiendo y sufriendo desde dentro. No hay relevo

generacional. No tenemos quien cuide a los que hoy ya son ancianos. Hemos conseguido tener más edad, pero no estamos preparados para soportarlo. Y, debemos actuar ya.

No podemos cerrar los ojos a lo que se nos avecina. Debemos buscar estrategias para solucionar este gran problema. Para ello, es necesario desarrollar **estrategias activas** dirigidas a que los ciudadanos se responsabilicen y se impliquen más activamente en el cuidado de su propia salud. La solución vendrá con un cambio profundo y estructural. Por ello, debe desarrollar estrategias activas.

Los **cambios de hábitos y actitudes** son lentos pero seguros y son los únicos que garantizaran el sistema sanitario público, universal y de calidad para nuestros mayores. Hoy en día, tenemos unos pacientes “*e-paciente*”, que *son pacientes proactivos, con buenos conocimientos sobre tecnología, implicados en el mantenimiento de su salud e interesado en contribuir no solo al tratamiento e investigación sobre determinadas condiciones de salud sino también a mejorar el sistema de asistencia sanitaria* (Tom Ferguson 1943-2006).

Este doctor, describe al paciente como alguien “*equi pped, enabled, empowered an engaged*”, es decir, en pacientes equipado, capacitado, empoderado y comprometido con su salud y con las decisiones referentes al cuidado sobre su salud. Como hemos visto en el libro Blanco del e-paciente, el doctor Charles Safran: “*El objetivo no son mejores hospitales, ni mejores prácticas clínicas, ni equipamientos más sofisticados, sino pacientes más sanos y felices.*”

Nos encontramos con pacientes que desean tener una mayor responsabilidad sobre su salud. Toman decisiones que afectan a sus estilos de vida y a la toma de decisiones. Demandan mayor calidad, prestaciones y poder de decisión. Para ello, debemos adaptar nuestro sistema para que el paciente desempeñe sus funciones y aumente su autonomía y responsabilidad en el cuidado de su propia salud. En Navarra desde el 2002 al 2012, los mayores de 65 años se incrementaron en un 14% y los mayores de 85 años crecieron en un 54%. Además las personas de más de 100 años experimentaron crecimiento espectacular del 11%.

Entre los españoles dentro de una década, uno de cada cien o tendrá más 65 años, lo que nos lleva a tener diez millones de personas en situación de necesitar recursos socio-sanitarios. Seis de cada diez españoles padecerá una enfermedad crónica, con el consiguiente gasto del 70% del total del gasto socio sanitario actual. Para ello, el nuevo Modelo de Atención constituye el núcleo de la estrategia de intervención socio-sanitaria de la Legislatura en que se enuncian sus principios y objetivos estratégicos. Todo ello, para mejorar la atención socio sanitaria de todas las personas en general y en particular de las personas mayores.

La hospitalización a domicilio: es una modalidad asistencial alternativa a la hospitalización convencional, que permite realizar en **el domicilio del enfermo** procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en el hospital. La unidad de hospitalización a domicilio (UHD) del área de Pamplona comenzó su andadura en julio del 2008, para ingresar a pacientes procedentes de plantas de hospitalización o de los servicio de urgencias hospitalarias que cumplan unos criterios determinados, y con una cartera de servicios progresivamente más amplia.

Actualmente se intenta la admisión de enfermos a petición de los médicos de atención primaria (MAP), ya que los pacientes que ingresan aquí, son aquellos que precisan tratamientos y

cuidados que no puede suministrar desde Atención Primaria. Se elabora un documento que establezca la relación entre la Atención Primaria y la Unidad de Hospitalización a Domicilio.

Criterios de inclusión:

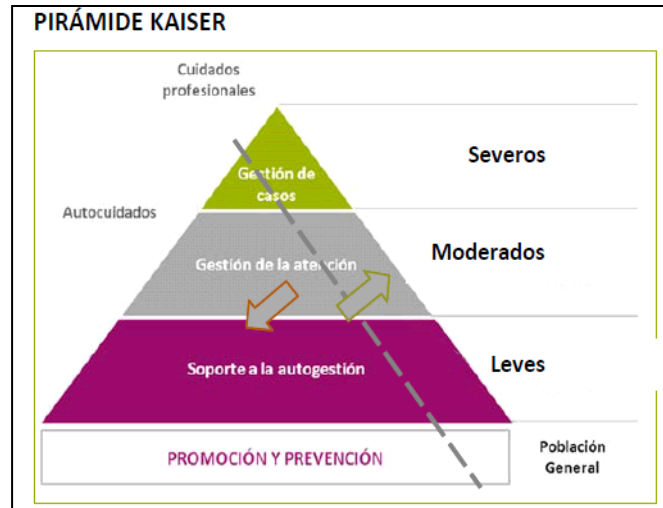
1. Que el proceso que padece el anciano se pueda tratar en el domicilio
2. Que acepte voluntariamente el paciente y la familia en UHD
3. Que tenga una persona que realice las funciones de cuidador principal
4. Vivienda adecuada y con línea de teléfono
5. Que el paciente pertenezca a las áreas de cobertura de Navarra: Pamplona, Barañain, Zizur, Burlada, Villava, Ansoain, Valle de Aranguren, Sarriguren (290.000 habitantes)
6. Que el paciente no tenga hábitos tóxicos
7. La UHD da cobertura a los tres hospitales públicos del Complejo Hospitalario de Navarra, es decir, El antiguo Hospital, el HVC y la clínica Ubarmin
8. Procesos médicos: Insuficiencia Cardíaca (IC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Neumonías, Infecciones de tracto urinario, Atención a pacientes terminales y otras patologías médicas (Trombosis venosas profunda, abscesos, etc.)
9. Hay un circuito asistencial: MAP, el médico de UHD, consentimiento del anciano, después se hace un informe para su MAP al alta
10. Es importante que en el domicilio del anciano haya por escrito hoja de evolución, tratamiento, cuidados, etc., por si es necesario que sea atendido por un equipo de A.P., SUR o SUE.

ESTRATEGIAS DEL GOBIERNO DE NAVARRA EN LAS PERSPECTIVAS DE ESTA INVESTIGACIÓN:

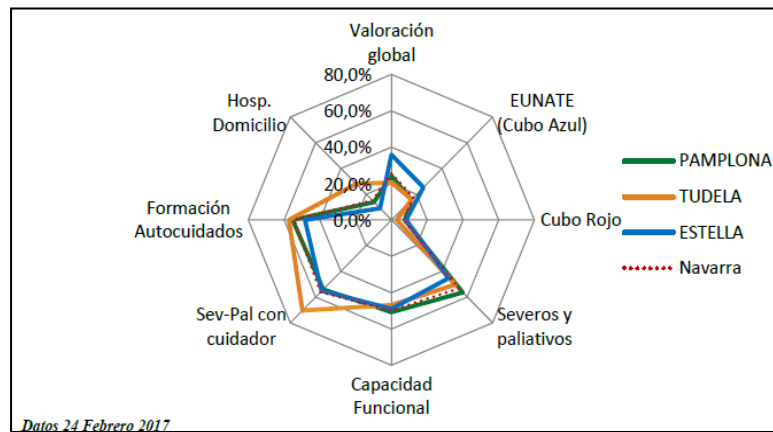
1. En la perspectiva Biológica-médica, el Gobierno de Navarra está apostando fuerte por el “**Programa de crónicos**”, que ya lo hemos ido viendo a lo largo de esta investigación. Veremos cómo se va desarrollando y cómo va adquiriendo valor. Ya hay Centros de Salud que lo están implantando y muchos pacientes tienen ya una valoración global.

Los Cubos azules se dedican a los pluripatológicos y los cubos rojos a los pacientes que han tenido uno o más ingresos en los últimos 6 meses, además de ser pluripatológicos. La formación de los profesionales en este programa es intensa y muy efectiva. Esto es muy importante, ya que desde las administrativas hasta los hospitales y especializadas, se ven los cubos y la urgencia de las personas que tienen estos cubos.

Como podemos observar, los que interesan aquí son los crónicos, el pico de la pirámide de káiser:



PROGRAMA DE CRÓNICOS



Datos 24 Febrero 2017

PLURIPATOLOGICO	PAMPLONA	TUDELA	ESTELLA	Navarra
<i>Pacientes diana</i>	3.321	686	770	4.777
<i>Valoración global</i>	24,2%	20,6%	35,8%	25,6%
<i>EUNATE (Cubo Azul)</i>	15,8%	16,0%	25,3%	17,3%
<i>Cubo Rojo</i>	7,5%	3,1%	8,2%	7,0%
<i>Severos y paliativos</i>	56,5%	50,4%	45,3%	53,3%
<i>Capacidad Funcional</i>	50,7%	46,8%	49,0%	49,9%
<i>Sev-Pal con cuidador</i>	54,0%	70,4%	55,2%	56,1%
<i>Formación Autocuidados</i>	55,3%	57,3%	48,3%	54,5%
<i>Hosp. Domicilio</i>	13,8%	28,0%	9,0%	15,1%

Datos 24 Febrero 2017

Estrategias del plan de salud 2014-2020 Este plan se orientó al logro de resultados medibles desde una triple perspectiva o Dz Triple AIMdz que es una simplificación y adaptación al sistema sanitario del concepto de Calidad Total. Este concepto Dz Triple AIMdz fue introducido en 2007 por Donald M. Berwick y lo que nos dice es que hay que mejorar el sistema de atención de salud y nos da tres objetivos para lograrlo. Cuando se redacta esta estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra estaba en vigor el plan de salud 2006-2012.

Pero hoy el principal reto que tiene el nuevo plan de salud es lograr que los profesionales lo conozcan y lo asuman como propio, no centrándose sólo en la demanda sino en las necesidades de nuestros mayores. Por ello todos debemos asumir la responsabilidad que nos corresponde en la

nueva salud comunitaria. Ya en el 2010 con la **Declaración de Adelaida** sobre la Dz salud en todas las políticas dz, necesitamos unas estrategias de salud al más alto nivel de gobierno, haciendo esencial las políticas interdepartamentales en educación y políticas sociales.

En el nuevo plan se procedió: a) Diez principios generales de intervención en la salud, b) se formulan 8 objetivos estratégicos de resultados con una concepción biopsicosocial, c) se priorizan 12 estrategias integrales de intervención en salud y d) se prioriza la investigación. Esto hace que el impacto en transcendencia sanitaria y social sea considerable. Se revisan aspectos como la discapacidad, el empoderamiento de la persona mayor, el riesgo psicosocial, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud y, no lo olvidemos, la contribución a la sostenibilidad del sistema.

Las estrategias de acción se realizaron siguiendo los objetivos propuestos. El enfoque en todo momento fue biopsicosocial y con un carácter transversal para que todos las personas mayores de Navarra se beneficien del desarrollo del plan. Se concede importancia a los instrumentos estratégicos para conseguir los resultados definitivos en salud. Estos instrumentos han de transformar el modelo de atención sanitaria, una nueva concepción de los contratos programas.

La matriz DAFO es una herramienta de formulación estratégica. Y consiste en identificar las debilidades y fortalezas actuales a nivel interno (Endógeno), así como las amenazas y las oportunidades a mejorar existentes a nivel externo (Exógeno).

Estrategia.....	Modelo organizativo
DAFO	
Modelo tecnológico.....	Proceso clínicos asistenciales

Todo ello para mejorar los resultados en salud y calidad técnica de la atención. Este y otros objetivos son los que llevan al servicio de salud a ver qué estrategias son las adecuadas para colaborar en la mejor calidad de vida de las personas mayores de 65 y más años de la Comunidad Foral de Navarra.



2. En la perspectiva mental, el Gobierno de Navarra tiene un “**Programa transversal de Psicogeriatría**”. Aquí se verá el trabajo que realizan en Salud Mental y la necesidad de dicho programa. En 2012 la población de + de 64 años era en Navarra de 115.127 personas, un 17,9% de la población. La prevalencia en trastornos mentales de personas mayores muestran estimaciones altas, entre el 25-30%:

- Depresión entre el 10-15%
- Demencia entre el 5-10%
- Síntomas psicóticos, delirantes y alucinatorios entre el 5-10%

En la Red de Salud Mental de Navarra, en el 2012, los trastornos mentales de personas mayores en Navarra fueron de 2.781 personas atendidas en RSM (2,41% de la población mayor). Pero por debajo de los estudios epidemiológicos que muestran un 25-30%. Se cree que estos datos no se han movido con los años.

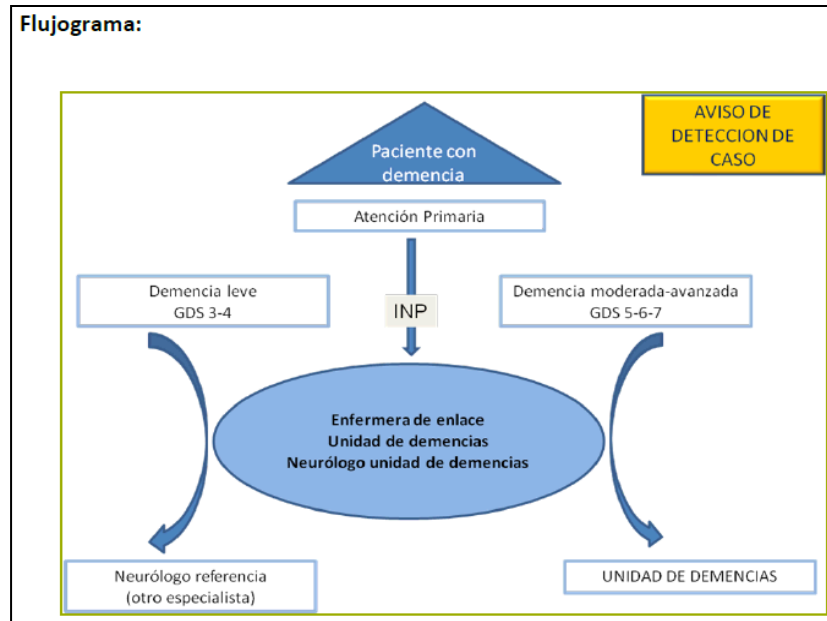
Navarra tiene un **Plan Estratégico de S. M. del 2012-2016 (PIAPG)**: *Considera la necesidad de “crear un circuito asistencial integrado e integral que contemple todos los dispositivos asistenciales, propios y concertados, generales y específicos, para la óptima atención de este grupo de población”.*

El objetivo es terapéutico. El PIAPG es referente en la RSM en la docencia de pregrado y postgrado y en la investigación en el ámbito de la psicogeriatría. El fin último es prestar una asistencia de calidad a las personas mayores con enfermedad mental. Sin olvidar los valores éticos y principios técnicos. Solo vamos a enumerar algunos: compromiso, autonomía, continuidad en los cuidados, accesibilidad, equidad, salud mental positiva, responsabilidad, calidad, investigación e innovación constantes, etc.

Las estrategias del PIAPG son varias: 1. Definir y protocolizar el programa asistencial de psicogeriatría, 2. Implantar dicho programa de psicogeriatría en todos los dispositivos de la Red Salud Mental de Navarra (RSM-Na) 3. Reorientar Centro de Día y Unidad de memoria (Hospital de Día Psicogeriátrico) 4. Crear un circuito asistencial integrado e integral.

Describiré algunos datos de la depresión en el anciano de Navarra. La prevalencia de los trastornos afectivos oscila entre el 0,4-35%. Un 70% están infradiagnosticadas e infratratadas. Algunas características de la depresión en los ancianos: Mayor riesgo de suicidios, expresión minimizada de tristeza (depresión enmascarada), trastorno conductual; más frecuente la agitación y la ansiedad que la inhibición. Insomnio intenso, Seudodemencia depresiva (Deterioro cognitivo asociado a la depresión; depresión vascular, Depresión delirante, acentuación patológica de rasgos premórbidos de personalidad, quejas somáticas o somatizaciones e hipocondría. Estos se valoran con el test de cribado estándar (MMSE) de Fostein. También el test de Barthel y el de depresión de Yesavage y el del Cornell de depresión de la demencia. Siempre tendremos de descartar causas orgánicas subyacentes. No me pararé en los tratamientos, ni individuales ni grupales.

La atención a la población psicogeriátrica en la Red de Salud Mental de Navarra se ha venido diferenciando por la edad superior a 64 años. El programa persigue el objetivo de promover la gestión por procesos en atención a esta población para conseguir los resultados que se espera de dicha población.



Fuente: Programa de crónicos del Gobierno de Navarra

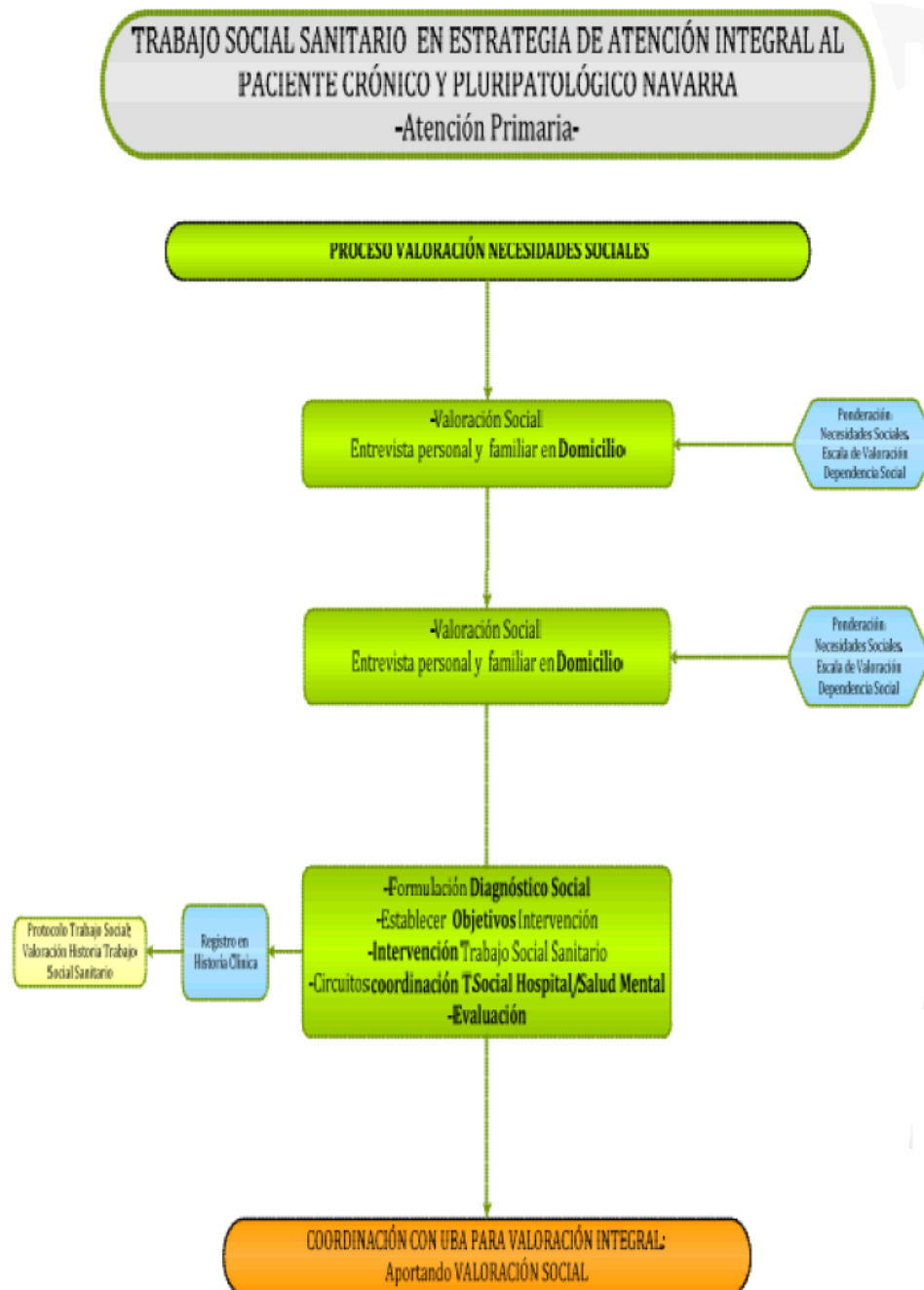
3. Desde la perspectiva psicosocial, se valorará la urgencia o no urgencia de la actuación:

a) Criterios de valoración social urgente (máximo 7 días): personas en situación de exclusión o marginación social, personas con dependencia funcional, persona sola con persona dependiente, personas sin cobertura sanitaria, persona con signos de violencia,...

b) Criterios de valoración social no urgente ((1 mes): persona de + 75 años, con + de 70 si vive solo o con pareja de edad similar, personas sin redes sociales de apoyo, sin familias, etc., personas con dificultades con los cuidados de salud, personas con dificultades relacionadas con procedimientos legales-jurídicos y legales-normativos, personas sin domicilio o cambios frecuentes de domicilio, etc.

Todo ello, a través de varias técnicas, algunas ya mencionadas en esta investigación: Zarit, Escalas de OARS, escala de APGAR, etc. Se utilizan como fuente el Manual de Indicadores de Diagnóstico Social de Maite Martín Muñoz: Situación social adecuada, situación deficitaria coyuntural, situación deficitaria de larga duración, exclusión social, desventaja social, marginación. No considero aquí pararnos en los tratamientos.

Con la valoración global de pluripatológicos, todos los profesionales sanitarios y no sanitarios estamos conectados: Aquí se ve la importancia del Trabajador Social.

Anexo 4. VALORACION INTEGRAL DEL PACIENTE. NECESIDADES SOCIALES

Fuente: Programa de Crónicos del Gobierno de Navarra

Hay un anteproyecto de Ley Foral, donde Navarra incrementará las pensiones más bajas entre un 4,5% y un 7,3% en los próximos 3 años. Esto beneficiará a 22.000 personas mayores.

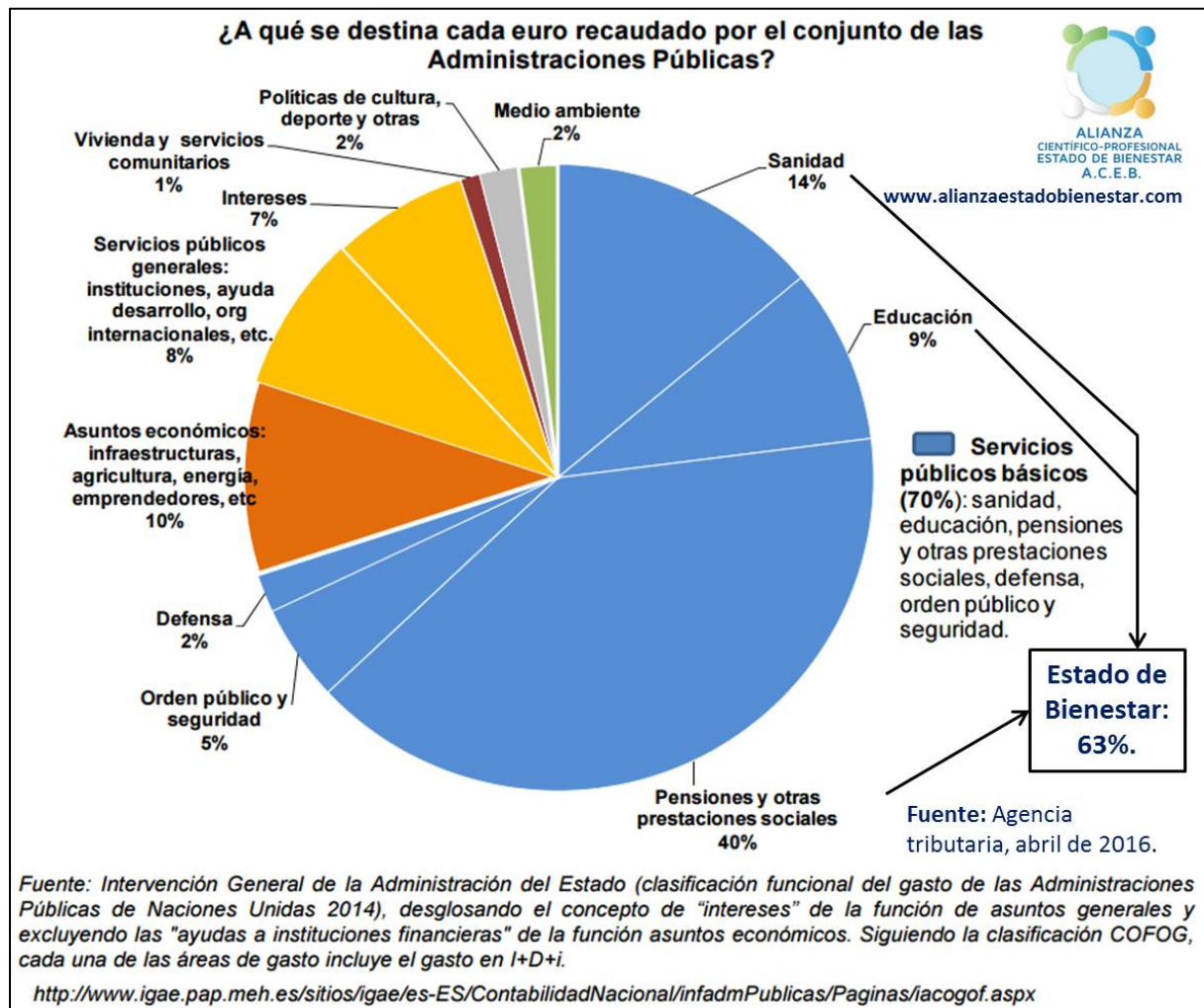
6.3.6. Estrategias nacionales: propuestas de la alianza científico-profesional para los partidos políticos (elecciones generales de 2015)

Propuesta para trabajar conjuntamente en la estructura a corto, medio y largo plazo del Estado de Bienestar para mejorar la comunicación entre Gobierno, Partidos Políticos y Sociedad Civil:

1. Ampliar **el diálogo social**, actualmente centrado en economía y empleo, incorporando en el mismo los temas del Estado de Bienestar (Sanidad, Servicios Sociales, Educación y Pensiones).
2. **Reforzar la participación de la Sociedad Civil en el diálogo social con 4 tipos de agentes sociales:** Organizaciones Sindicales, Organizaciones Científico-Profesionales y Organizaciones Ciudadanas-Tercer Sector.
3. Promover la participación responsable y activa de la Sociedad Civil y sus 4 tipos de Agentes Sociales en el modelo de sociedad y Estado de Bienestar, creando una **Ley Orgánica de diálogo social y participación ciudadana**.
4. Fortalecer el marco normativo para la mejora y sostenibilidad del Estado de Bienestar, incorporando una **Ley Orgánica de Servicios Sociales**.

TEMAS DEL ESTADO DE BIENESTAR INCLUIDOS EN PROGRAMAS ELECTORALES. ELECCIONES GENERALES 2015.	CIUDADANOS	PODEMOS	PARTIDO POPULAR	PSOE
Reforma de la Constitución Española	SI			SI
Incluir nuevo derecho a los Servicios Sociales en la Constitución	SI			SI
Nueva Ley estatal de participación Ciudadana				SI
Nueva Ley estatal de Servicios Sociales	SI		SI	SI
Nueva Ley General de Sanidad				SI
Pacto de Estado por la Sanidad	SI			
Pacto de Estado en Educación	SI		SI	SI
Elaborado por : Alianza Científico-profesional para el Estado de Bienestar A.C.E.B. (Diciembre de 2015).				

6.3.7. ¿A qué se destina cada euro recaudado por el conjunto de las administraciones públicas?



Fuente: Agencia Tributaria, abril 2016

Como podemos observar en el Estado de Bienestar, 63% del total, que incluye: Sanidad, 14%, Educación 9%, pensiones 40%.

6.3.8. Estrategias según la OMS

La OMS, ha desarrollado estrategias, planes de acción y recomendaciones frente al sedentarismo y la alimentación poco saludable, que proporcionan información técnica a los países y que pueden implantarse como referencia cuando no existan programas nacionales de promoción de la actividad física. Como ejemplos se pueden señalar:

- Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, 2004 (Diet and Physical activity Strategy-DPAS).

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/>

- Plan de Acción 2008-2013 para la Estrategia Global de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles: prevención y control de enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedad respiratoria crónica y diabetes.

<http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>

- c) Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, 2010.

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/>

- d) Declaración de Moscú sobre estilos de vida saludables y Control de Enfermedades No Transmisibles, 28-29 abril 2011.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=13939&Itemid=

- e) Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles, 2013-2020.

<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>

En el mundo hay numerosas iniciativas con carácter internacional que han sido lanzadas por diversas organizaciones, instituciones, universidades, sociedades, ONGs etc. Algunas son:

1. Manifiesto de Toronto por la actividad física: un llamamiento global a la acción.

http://www.ispah.org/AcuCustom/Sitename/DAM/132/Charter-CASTILLIAN_ME-DIUM.pdf

2. Red de actividad física de las américas. Physical Activity Network of the Americas (RAFA-PANA)

<http://www.rafapana.org/index.php/es/>

Programas de actividad física para la salud

1. Sociedad internacional para la actividad física y la salud. International Society for Physical Activity and Health (ISPAH).

<http://www.ispah.org/>

2. Observatorio de la Actividad Física The Lancet. Lancet Physical Activity Observatory.

<http://www.lancetphysicalactivityobservatory.com/>

3. Agitamundo.

<http://www.portalagita.org.br/>

Estrategias: Programas de actividad física para la salud

- a) La Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad o el Libro Blanco, 2007.

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_es.pdf

- b) Directrices de actividad física de la Unión Europea, 2008.

http://ec.europa.eu/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_es.pdf

- c) Recomendaciones del Consejo de la Comisión Europea sobre la promoción de la actividad física beneficiosa para la salud en distintos sectores, 2013.

<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2013:354:0001:0005:EN>

PDF Traducidas al español:

http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/documentos/Propuesta_promocion_actividad_fisica.pdf

- d) Plan de Acción Europeo sobre obesidad infantil, 2014-2020.

http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf

- e) Plan de Trabajo Europeo para el Deporte, 2014-2017.

[http://eur-lex.europa.eu/legal_content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:42014Y0614\(03\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal_content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:42014Y0614(03)&from=EN)

- f) Conclusiones del consejo de la Unión Europea sobre nutrición y actividad física, 2014.

<http://eur-lex.europa.eu/legal>

Por otro lado, también desde la Oficina Regional para Europa de la OMS (WHO- Europe) se han abordado estos problemas desarrollando programas e impulsando políticas para la promoción de la actividad física y/o la alimentación saludable:

- a) La Red Europea para Promocionar la Actividad Física para la Salud. European network for the promotion of health-enhancing physical activity (HEPA Eu- rope).

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activi-ties/hepa-europe>

- b) Carta Europea Contra la Obesidad. Influencia de la dieta y la actividad física en la salud. Estambul (Turquía), 15–17 de noviembre de 2006.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/87462/E89567.pdf

Traducida al español:

http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/en/naos/ficheros/investigacion/publicacion6cartaeu- ropeacontra_obesidad.pdf

- c) Informe sobre la “Promoción del deporte y mejorar la salud en los países de la Unión Europea: un análisis de contenido de política para apoyar la acción”, 2011.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/147237/e95168.pdf?ua=1

- d) Plan de Acción para la implementación de la Estrategia Europea para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles, 2012-2016.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publica- tions/2012/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention- and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>

- e) Declaración de Viena sobre Nutrición y Enfermedades No Transmisibles en el contexto de Salud 2020 (aprobada 4- 5 julio 2013)

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/193878/Vienna-Declaration.pdf

- f) Estrategia de Actividad Física 2015-2025 de la Región Europea de la OMS, prevista que se lance en 2015. La Estrategia contiene recomendaciones y está inspirada en el marco europeo de salud y bienestar 2020, para que los gobiernos y todos los sectores y partes interesadas (stakeholders) promuevan la actividad física y la reducción del sedentarismo creando entornos e infraestructuras que favorezcan la práctica de actividad física a lo largo de todo el ciclo de la vida, evitan desigualdades, y con el objetivo de conseguir que todos los ciudadanos desarrollen estilos de vida activos para tener una vida mejor, más saludable y más larga. Aquí es necesario enumerar los paseos del Epoc en Navarra, validados y que tienen una gran repercusión social: paseos epoc por Navarra y nos da unos consejos antes de iniciar la actividad física: Ejemplo: “**¿Qué recomendaciones debo seguir antes de hacer ejercicio?** 1. Tome el tratamiento indicado por su médico todos los días. 2. Lleve con usted el tratamiento que se le haya recetado para los momentos en que tenga sensación de falta de aire, opresión torácica etc. (inhalador de rescate). 3. Pasee evitando las horas del día con más frío o más calor y evite los días de lluvia. Los días que no pueda salir, es recomendable realizar actividad física en casa (por ejemplo, bicicleta estática).

4. No haga ejercicio en ayunas. Espere un mínimo de dos horas entre el final de una comida y el inicio del ejercicio. 5. Nunca haga ejercicio hasta agotarse. Si se siente cansado, pare y descanse. Tampoco conviene que el ejercicio sea demasiado fácil. 6. Haga ejercicio cuando usted se encuentre físicamente bien y evítelo, por tanto, en los catarros o en los periodos de mal control de su enfermedad. Una vez recuperado, reanude su actividad física en cuanto le sea posible. 7. Si lleva oxígeno de forma habitual, siga las indicaciones establecidas por su

médico. 8. Si puede permitírselo, cambie los paseos para no aburrirse. Si tiene dudas consulte a su médico o enfermera. 9. Avise a sus familiares de la zona por la que va a pasear para estar localizado; conviene que siempre lleve un teléfono móvil. 10. Siempre que sea posible, pasee acompañado, además de más seguro resulta más ameno”.

6.3.9. Estrategia mundial

La meta general es promover y proteger la salud a través de la alimentación sana y la actividad física, para reducir la mortalidad y la carga de morbilidad.

Los objetivos de la estrategia mundial: 1. Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociadas a las dietas malsanas y a la inactividad física a través de medidas de salud pública. 2. Incrementar la conciencia y los conocimientos acerca de la influencia de la dieta y de la actividad física en la salud, así como de los efectos positivos de las intervenciones preventivas.

3. Establecer, fortalecer y aplicar políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar las dietas y aumentar la actividad física que sean sostenibles e integrales, y cuenten con la participación activa de todos los sectores. 4. Seguir de cerca los datos científicos y fomentar la investigación sobre la dieta y la actividad física 5. Se necesita la combinación de acciones racionales y eficaces a nivel mundial, nacional, regional y local, así como un atento seguimiento y evaluación de sus repercusiones. Los responsables son: Los Estados Miembros, la OMS, Las asociaciones internacionales, la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales y el sector privado. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/>

6.3.10. Congreso de la sociedad española de geriatría y gerontología 2016

Como miembro de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, acudo al congreso que se celebra en junio del 2016 en Sevilla. El tema: **“EL FUTURO ES HOY”** con el que estoy totalmente de acuerdo. El futuro de nuestros mayores ya es presente. Estoy muy orgullosa, que gracias a esta tesis, me hice socia de la Sociedad de Geriatría y Gerontología. **Formación geriátrica en el congreso de Sevilla 2016: “El futuro es hoy”.** Y estoy de acuerdo con él.

Debemos prepararnos ya, ya que las personas mayores cada día son más y con muchas ganas de vivir y hacer cosas. No son trastos viejos, son personas. También acudí a cursos de enfermería geriátrica y últimos avances en geriatría, lectura de tesis sobre tercera edad, nuevos avances en tratamientos, alimentos y demás. Fueron unos días muy intensos y de gran calidad científica.

Pongo algunos ejemplos que me parecen que van en la misma dirección con la investigación que tratamos: 1. Trastornos del equilibrio y de la marcha. Caídas. Osteoporosis. Mareo, síncope. Hipotensión ortostática. Dra. Monserrat Lázaro del Nogal. FEA de Geriatría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. 2. Deterioro cognitivo leve, demencias, depresión y otros trastornos psicogeriátricos Dr. Pedro Gil Gregorio. Jefe del Servicio de Geriatría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. 3. Fragilidad. Sarcopenia. Inmovilidad. Dr. Vincenzo Malafarin. Geriatra. Hospital Viamed. Los Manzanos, La Rioja. 4. Factores de riesgo cardiovascular: diabetes mellitus, hipertensión, dislipemias. Enfermedad renal crónica. Dr. Carlos Fernández Viadero. Geriatría. Coordinador de Atención a la Cronicidad Gobierno de Cantabria.

Acudí a un curso de enfermería geriátrica dentro del Congreso, donde se ven los últimos avances en geriatría. Cada día somos más los preocupados por el bienestar de nuestros mayores y en la forma de hacerlo posible y con un **nuevo modelo bio-psio-social**. Todo ello, enriquece mi experiencia en el trato a los otros y sobre todo, en el trato con las personas mayores, a los que tengo la responsabilidad de cuidar y curar, si es posible. Tengo que dar las gracias a esta investigación. Ya que me ha abierto a un mundo de conocimiento para las personas mayores. Me hice socia de la Sociedad de Geriatria y gerontología, como he dicho anteriormente. He asistido a congresos, charlas, cursos, etc., que han enriquecido mi vida. Y, también, por qué no decirlo, me están ayudando a envejecer mejor. Y cuidar que mi vida conlleve un envejecimiento saludable y exitoso. Y en mi domicilio. El Congreso del año 2017 tiene el título **“Envejecimiento y cronicidad: una oportunidad para la prevención y la innovación”**. Por supuesto, que intentaré acudir. También quiero presentar mi tesis en dicho congreso.

Las secciones del congreso son: Envejecimiento activo: oportunidad para la promoción de salud y la prevención. Psicología del envejecimiento. Intervención con Personas Mayores. Diferentes contextos, diferentes situaciones. Salud mental durante el envejecimiento. **¿Estamos preparados para las personas mayores que vienen?** Como ven, ésta es la pregunta que yo me hago al empezar esta investigación. Otros temas relacionado con la salud: fragilidad, Insuficiencia cardíaca, depresión, enfermedades neurodegenerativas, nuevas tecnologías terapéuticas, etc. Además me inscribiré para la enfermería geriátrica.

DECLARACIÓN DE PAMPLONA SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES: PATRIMONIO DE PRIMERA

La Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología (SNGG), con motivo del celebrar en 2016 el XXV aniversario de su fundación, consciente del aumento de la esperanza de vida de las personas y de los consiguientes retos, oportunidades y dificultades que el fenómeno del envejecimiento comporta, desea transmitir a la opinión pública una Declaración sobre los Derechos de las Personas Mayores, que constituyen un patrimonio humano de primer orden. El documento, basado en declaraciones oficiales de la Organización de Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud, en conclusiones de congresos nacionales e internacionales de Geriatria y Gerontología y en la propia experiencia profesional de los miembros de la SNGG, pretende ser un toque de atención que estimule el conocimiento, el debate público, la toma de conciencia y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la situación de las personas en su proceso de envejecimiento.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES:

1. Derecho a una existencia saludable y con calidad de vida, entendida con criterio holístico, capaz de integrar los elementos cognitivos, emotivos, sociales y participativos, en la que se salvaguarde siempre la identidad y la dignidad de las personas mayores.
2. Derecho a participar activamente en la vida pública, social y política, tanto a título individual como asociativo, mediante un envejecimiento activo que trate de prevenir y paliar las situaciones de vulnerabilidad y fragilidad, discapacidad y dependencia.
3. Derecho a acceder a equipamientos públicos y actividades que fomenten una socialización intergeneracional mutuamente enriquecedora.

4. Derecho a elegir libremente su estilo de vida, a disponer de su tiempo libre y a disfrutar con sus seres queridos, mediante la garantía de permanencia, cuando sea posible, en su entorno o medio habitual.
5. Derecho a una asistencia geriátrica especializada (hospitalaria y ambulatoria), multidisciplinar, integral, de calidad y centrada en la personas y no solo en las enfermedades, proporcionada por profesionales formados tanto en el campo de la Geriátrica como de la Gerontología.
6. Derecho a que los profesionales que atienden a las personas mayores tengan una correcta formación en competencias geriátricas y gerontológicas en todos los planes de estudios, y que el número de estos profesionales refleje las necesidades reales de nuestra sociedad.
7. Derecho a convertirse en agentes activos de planes de voluntariado, en los que pueden aportar su valiosa experiencia personal y profesional y, al mismo tiempo, transmitir sus conocimientos, principios y valores.
8. Derecho a una plena integración social en el espacio privado y público, refractaria a prejuicios edadistas, causantes de exclusiones y discriminaciones en la esfera laboral, social, cultural y sanitaria.
9. Derecho a decidir acerca de las condiciones de modo, lugar y personas en las que desean ser atendidas cuando sus capacidades físicas y cognitivas estén limitadas, y, asimismo, a recibir cuidados paliativos cuando se precisen.
10. Derecho a redactar el documento de voluntades anticipadas, capaz de aliviar las eventuales inquietudes del presente y de asegurar un final de la existencia adecuado para los protagonistas, sus familiares y allegados, acompañados por profesionales que permitan mantener su dignidad en momentos de vulnerabilidad o deterioro cognitivo.
11. Derecho a que del envejecimiento y la vejez se transmita una imagen positiva en las construcciones sociales, de ordinario perjudiciales, fomentadas por los diferentes medios de comunicación.
12. Derecho a que en todos los cuidados y servicios se cumplan con escrupulosidad los principios bioéticos de no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia, con respeto estricto de su dignidad e intimidad.
13. Derecho a que se tomen decisiones de carácter económico que faciliten el acceso a los servicios de atención a la dependencia a toda persona que lo necesite, y muy en particular a las que se hallen en el umbral de la pobreza.
14. Derecho a que se desarrolle un mapa de recursos y servicios de atención a la dependencia en el ámbito rural que permita a las personas mayores no desvincularse de su entorno mediante el acercamiento de los servicios a las personas.
15. Derecho a que se implementen estrategias tendentes a incrementar la calidad asistencial de los centros y servicios de atención a personas en situación de dependencia (ayuda a domicilio, centros de día, hospitales y residencias).
16. Derecho a que se adopten medidas de cooperación multidisciplinar - arquitectónica, tecnológica, social y médica- que contribuyan a fomentar el envejecimiento en el propio domicilio mediante la integración de distintos servicios: comunidades, vecindario y agentes locales, en ventanilla única.
17. Derecho a que, para fomentar la mejora de las personas afectadas y la buena convivencia familiar y social, se difundan entre la población conocimientos sobre las enfermedades neurodegenerativas (como las demencias) y otros procesos crónicos.

18. Derecho a que las administraciones públicas y la sociedad promuevan acciones y programas dirigidos a evitar situaciones de exclusión, aislamiento y soledad.

Pamplona, 1 de octubre de 2016

Como pueden observar, mi trabajo de investigación sigue las líneas de los congresos de la SEGG. Nada me satisface más, que estar al día en los adelantos y conocimientos para un mejor cuidado de las personas mayores, ya que mi trabajo consiste en eso: **cuidar**. Todos mis conocimientos adquiridos son una oportunidad para acometer medidas que nos lleven a todos a prevenir situaciones de pérdida de autonomía o paliarlas si ya existen

6.3.11. Empoderamiento de las personas mayores

Las personas mayores forman parte de nuestra vida social. Un hecho que hoy me llena de orgullo relatar: En el cohete del 6 de julio del 2016, el “Tuli”, Jesús Ilundáin Zaragüeta, a sus 85 años, lanzó el cohete que anuncia el comienzo de las fiestas de San Fermín en nuestra Pamplona 2016. Y, como él relata, se cumple un sueño.

Pero no fue el único. En Lesaka, otra persona mayor, también lanzaba el cohete anunciador de las fiestas: Alfonso Obeso. Aquí, en Lesaka hay una residencia de ancianos: “Andra Mari”, y todos acudieron a verlo. Alfonso pertenece a la asociación de voluntarios “Elkarizan” dedicada al cuidado de las personas mayores en todo tipo de acciones sociales. (Diario de Navarra, 7 de julio de 2016).

Pero este singular empoderamiento no acaba ahí. Vamos a ver a las personas mayores como demostrar su valor y su poder.

Empecemos por definir qué es **el empoderamiento**: “es el proceso mediante el que las personas mayores fortalecen capacidades, confianza, visión y protagonismo en cuanto que forman parte de un grupo social, para impulsar cambios positivos en las situaciones en las que viven”(Revista esp de gg, N°51, pág. 187). Está vinculado a la promoción de la persona, a su desarrollo integral y al ejercicio de sus derechos y su calidad de vida. El empoderamiento es como la meta fundamental en áreas de actividades de promoción, prevención e intervención social.. El título de esta entrada habla de empoderar. El **empoderamiento** proviene de la palabra inglesa *empowerment*, y se podría definir como el proceso por el que atribuimos a una persona capacidad y competencia para llevar a cabo cambios a nivel personal y social. ¿Qué quiere decir esto? Quiere decir que implica asumir que la persona, en este caso mayor, **puede tomar sus propias decisiones**, llevar a cabo las acciones que considere más oportunas e implicarse en aquello que desea. Hay dos tipos de empoderamiento: A) A **nivel personal**, podemos considerar el empoderamiento de la persona a la hora de **realizar valoraciones y tomar decisiones sobre su propia vida**. Tomar decisiones por la persona, aunque sea “por su bien”, implica despojarla de esa capacidad, de ese poder, lo que la convierte en una persona incapaz y cada vez más dependiente. B) A **nivel social**, el empoderamiento de la persona se encuentra a la hora de **formar parte de la comunidad**, de integrarse en ella y participar de ella. Concepciones falsas acerca de la vejez, que excluyen a las personas mayores de la vida social, generan igualmente incapacidad y dependencia. Un aspecto que me gustaría destacar es la **influencia de los estereotipos** sobre el empoderamiento. Los **estereotipos negativos** sobre el envejecimiento (considerar a las personas mayores incapaces, dependientes, con dificultades para tomar

decisiones...) abocan a las personas mayores precisamente a comportarse en función de lo que esperamos de ellas.

En psicología hablamos del fenómeno llamado **“profecía autocumplida”**, que hace referencia a que las personas se acaban comportando según lo que esperamos de ellas. Es decir, las expectativas que tenemos hacia una persona, inconscientemente, influyen en cómo esa persona se comporta con nosotros, lo que determina que, finalmente, se comporte como realmente esperábamos. Aplicado a este tema, podemos decir que si mantenemos unas expectativas altas acerca de las personas mayores, confiarán más en su capacidad y en su poder para tomar decisiones y actuar por ellas mismas. Por contra, si nuestras expectativas son bajas, porque consideramos que no saben tomar decisiones o que ya no tienen capacidad para hacerlo, no se sentirán eficaces para hacerlo. La **autoeficacia**, es decir, la creencia que una persona tiene sobre su capacidad, está muy influida por los estereotipos negativos, en este caso hacia las personas mayores. **Las personas mayores se percibirán a ellas mismas como menos capaces**, disminuirán sus expectativas acerca de lo capaces que pueden llegar a ser en el futuro y, por tanto, se comportarán conforme a aquello que esperamos de ellas. Entonces, **¿por qué empoderar a las personas mayores?** Claramente porque tiene una **gran influencia en su autoconcepto, en su calidad de vida y en su nivel de autonomía**. Es una de las claves para un **envejecimiento exitoso y saludable**. Restarles poder es restarles capacidad y, por tanto, hacerles más dependientes de los demás.

Las personas de la Tercera Edad están adquiriendo un gran protagonismo en nuestras sociedades. El cambio se nota en todas las esferas de la vida social. Surgen iniciativas institucionales dirigidas a conjugar el desarrollo socioeconómico de la sociedad y el envejecimiento de la población. Vemos algunas perspectivas psicosociales y mejoras en el bienestar de las personas de la Tercera Edad. Tenemos que ver que los individuos envejecen en sociedad, porque el envejecimiento es un fenómeno construido socialmente. Tenemos que intervenir para que las personas tomen conciencia de su propio envejecimiento. El edadeísmo constata que el grupo de mayores es evaluado más negativamente que otros grupos de edad. Pero la persona de la Tercera Edad es una agente activo que se enfrenta a los efectos negativos del edadeísmo. Manteniendo una autoestima y un alto nivel de bienestar subjetivo, algo que ha ido logrando con una adaptación exitosa al envejecimiento. Hay mecanismos psicosociales que conllevan a alcanzar el bienestar subjetivo cuando el nivel de salud es de **fragilidad**: Mecanismo de selección socioemocional. (Sarstensen et al., 2000) Mecanismo de compensación. (Baltes, y Baltes, 1990) Infraestimación de la salud. (Diener y Fujita, 1997)

Y, no dejemos de lado la economía. Todos sabemos lo importantes que son los viajes para nuestros mayores. Pero con ello, ayudan a mantener hoteles, personal trabajando, etc, en épocas que no serían utilizados y, a no aumentar con ello, el paro en España Y, **¿quiénes están ayudando hoy en día a las familias?** Pues nuestros mayores. No sólo con su aportación, aunque sea modesta, sino también llevando y trayendo a los nietos del colegio, cuidándoles cuando sus padres trabajan. Hoy en día, el abuelo/a son los que llevan el peso de los nietos que van a estudiar. Cada día es más difícil dar una cita a una persona mayor en los Centros de Salud, por el constante trasiego que se traen con los nietos de uno u otro hijo. Tiene que hablar con la hija/o, por si tiene que cuidar a los nietos. Esto es prioritario para ellos. Pero a la vez, les hace sentirse útiles y además les motiva cada día. Y, yo tengo trabajo porque hay personas que requieren mis

servicios de enfermera de A. P. Y, **¿quiénes gastan más en medicamentos?** Pues los ancianos, ya que deben soportar el número X de medicamentos diarios. Lo cual hace que las farmacéuticas ganen dinero. A costa de las personas que más lo necesitan. Si no es el copago, es el euro por receta, etc. Para ello, se les ha puesto el “**Día del mayor**”. El 1 de octubre. En Pamplona se hicieron varios actos en las plazas y barrios para conmemorar el día.

En la última revista de Geriátría y Gerontología (Septiembre-octubre, 2016), hay un artículo muy interesante sobre **estrategias para un envejecimiento exitoso**. En él se recalca el *ejercicio físico* como una estrategia para el envejecimiento exitoso. Como nos dicen los autores de este artículo, ya Hipócrates y Platón en el siglo 400 a. C. describieron los beneficios del ejercicio físico en la salud y la longevidad.

Pero debemos llegar hasta el siglo XX, en el 1950, en Londres, cuando Morris demostró la relación significativa entre la actividad física y las enfermedades cardiovasculares (Morris et al., 1950). Más adelante, Blair y Mancera demuestran cómo el aumento de la actividad física disminuye en un 35% el riesgo de muerte (Blair et al.; Mancera et al.).

En 2004, Myers y otros grupos han encontrado que, modestos incrementos en el gasto energético (1MET), se corresponden con una disminución del 20% en la mortalidad. Además el ejercicio físico estimula las beta endorfinas en la sangre periférica, dando con ello, “euforia inducida por el ejercicio”, lo que hace que favorezcan las respuestas al dolor y al estrés. No nos vamos a alargar en los beneficios, de sobra conocidos por todos, sobre la actividad física. De todos es conocido el refrán: “Más zapato y menos plato”. Por ello, vamos a reflejar la importancia también de la restricción calórica. En 1935, McCay et al., descubrieron tal efecto en los roedores (McCay et al., 1935). Podíamos seguir poniendo datos, pero volviendo a nuestro refrán, lo tenemos claro.

Solidaridad intergeneracional: En el Diario de Navarra del día 24 de diciembre del 2016, venía una carta al director. Era de una persona, que ha creado una asociación para adoptar a un abuelo/a: “Adopta un Abuelo/a”(AuA) Un estudiante del Ciudad Real (Castilla La Mancha), criado con sus abuelo, puso en marcha este proyecto. Se cree que el respeto y la admiración que sintió por ellos fueron clave para generar conexiones neuronales entre áreas anteriores del córtex cingulado y la ínsula (Hein y col. 2016), situados en el área baja de los lóbulos frontales del cerebro. Este estudiante llama a los mayores: “maestros de la vida”. Este año, en septiembre, Alfonso, un estudiante de Pamplona firmó un convenio para la promoción del proyecto AuA en Pamplona. Crean que las conexiones cerebrales son de ida y vuelta y que crean unas actividades intergeneracionales entre las personas mayores y los jóvenes. Los lóbulos frontales evolucionan con las especies, y son las áreas cerebrales que más nos distinguen a los humanos de otros primates.

Esta interconectividad de las áreas cerebrales se va produciendo a lo largo de toda la vida y a partir de la adolescencia aumenta de forma exponencial. Es la continuidad en la práctica lo que modela una neurofisiología y arquitectura cerebral que sustenta el desarrollo de sentimientos que cultivan, mayores y jóvenes, participan de forma proactiva en la evolución de la solidaridad de su organización cerebral, y en la de la especie humana. (Mozaz Garde, J.M. Neuropsicóloga, DN, 2016).

CUARTA PARTE: LIMITACIONES Y VÍAS COMPLEMENTARIAS A PARTIR DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo 7. LIMITACIONES Y RETOS

7.1. LIMITACIONES

La presente tesis no pretende abarcar la totalidad de la Tercera Edad. Por ello, siempre habrá caminos que se puedan andar, pues el hombre siempre es el mismo pero nunca lo mismo. Cada época nos trae nuevas formas de vivir y convivir, tanto unos con otros como con el ambiente que nos rodea. Mi tesis está limitada por el tiempo pero enriquecida por la variedad de estudios realizados en estos últimos años de la Tercera Edad. También tengo que resaltar, que me hubiese gustado disponer de los cuestionarios de Palacios y Zarit de la dimensión social, pero no fue posible, por la falta de datos que pude conseguir

7.2. VÍAS ABIERTAS DERIVADAS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

Hay muchísimas vías para continuar con trabajos de investigación. Contamos con una gran batería de registros en Atención Primaria, tests, cuestionarios, etc., los cuales se podrían ir conociendo el grado autonomía y de dependencia, para poder subsanarlos. Al empezar esta tesis, me propuse varios objetivos, que paso a enumerar:

Objetivos Generales:

- Determinar la prevalencia de la Tercera Edad en nuestra Comunidad Navarra.
- Estudiar una concepción unitaria e interactiva biopsicosocial de la Tercera Edad

Objetivos Específicos:

Aquí actúan desde una perspectiva biológica, psicología y social. Por lo que los objetivos irán describiendo los tres aspectos:

1. Biológicos:

- Conocer el deterioro funcional de la tercera edad avanzada en Navarra
- Determinar los posibles problemas que impiden la independencia de la Tercera Edad.
- Prevenir los problemas que acarrearán la inmovilidad de la Tercera Edad
- Determinar los cuidados especiales de la Tercera Edad Avanzada.
- Promover la movilidad y el ejercicio en la Tercera Edad.

2. Psicológicos:

- Determinar los factores que favorecen los problemas de demencias
- Conocer el deterioro cognitivo de la tercera edad avanzada en Navarra
- Favorecer las emociones en la Tercera Edad
- Prevenir las posibles psicopatologías asociadas a la Tercera Edad.

3. Sociales:

- Analizar la experiencia social y personal del envejecimiento.
- Conocer los principales mecanismos para explicar los efectos del apoyo social en la salud y en el bienestar.
- Comprender la importancia del apoyo social como herramienta para la intervención social y comunitaria.

- Conocer los grupos de ayuda mutua.
- Reflexionar sobre las relaciones entre grupos y los profesionales de intervención social.
- Situar las motivaciones sociales en el desarrollo psicosocial.
- Relacionar los significados sociales de la edad con los estereotipos y el prejuicio en función de la edad.
- Identificar los patrones de relaciones sociales en función de la edad y su relación con el envejecimiento.
- Enfrentarse al edadeísmo para que no comprometa el bienestar de las personas de la Tercera Edad.
- Promover contactos intergeneracionales en condiciones que permitan un conocimiento mutuo y una interdependencia.
- Educar en valores a la población escolar para que promuevan el trato individualizado y el respeto hacia las personas de diferentes edades.
- Acompañar a las familias con personas de la Tercera Edad.
- Prevención de la dependencia.
- Apoyo social a las cuidadoras familiares.
- Enumeración de los apoyos sociales en la Comunidad Navarra.
- Introducir el apoyo social y su influencia en el comportamiento de salud, en la adhesión terapéutica y, en general, para los resultados de salud.
- Ejemplificar todo lo biopsicosocial con unas estrategias básicas de intervención.
- Revisar los enfoques teóricos básicos que han permitido abordar el estudio del comportamiento de salud desde la perspectiva psicosocial.
- Acompañamiento a las familias en el tramo final de la vida de las personas mayores.
- Definir la psicología social de la salud en la Tercera Edad.

Como me es imposible dedicar esta tesis a tantos y tantos objetivos me decanto por dos específicos: uno biológico-médico y otro psicológico, ya que son los datos que puedo aportar.

Aquí podemos mostrar algunos de los tests que contamos en Atención Primaria para valorar a las personas mayores e intervenir cuanto antes.

7.2.1. Instrumentos de valoración clínica de la capacidad funcional

7.2.1.1. Índice de Katz de independencia de las Actividades de la Vida Diaria (Katz et al., 1963), que recoge actividades como bañarse, vestirse, alimentación, movilidad.

7.2.1.2. Índice de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria (Mahoney y Barthel, 1965), tales como comer, lavarse, trasladarse.

7.2.1.3. Índice de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody, 1969), que contiene actividades: Ir de compras, transporte, responsabilidad de la medicación, Capacidad para utilizar el dinero.

7.2.1.4. Escala de Norton Modificada

7.2.1.5. Evaluación nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA)

7.2.2. Instrumentos de deterioro cognitivo

- 7.2.2.1. Short Portable mental Status Questionnaire (SPMSQ de Pfeiffer)
- 7.2.2.2. Escala de depresión geriátrica de Yesavage
- 7.2.2.3. Criterios de Demencias. Criterios diagnósticos NINCDS-ADRDA
- 7.2.2.4. Mini- Examen cognitivo (MEC)
- 7.2.2.5. Cuestionario de Actividad Funcional (FAQ)
- 7.2.2.6. Diagnóstico diferencial básico entre AMAE Y DECAE (MEMORIA)
- 7.2.2.7. Escala de deterioro global (GDS-FAST)
- 7.2.2.8. Test del informado (TIN)
- 7.2.2.9. Escala de Hachinski (Diferencial entre Alzheimer y demencia vs
- 7.2.2.10. Escala de Hamilton para la ansiedad.
- 7.2.2.11. Escala de ansiedad-depresión de Goldberg (EADG).

7.2.3. Instrumentos de apoyo sociales

7.2.3.1. Escala de valoración sociofamiliar (Escala de Palacios)

7.2.3.2. Escala de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit, 1998)

7.2.3.3. Aislamiento social. Ello nos permite descubrir y cubrir las necesidades de las personas que viven solas para contribuir a su funcionamiento como persona independiente (Baltes, Wahi y Schmid- Furstoss, 1990; Zarit, 1998b)

7.2.4. Otros test que se utilizan para valorar la marcha y el equilibrio

Test de Tinetti. Test de Downton. Test de Timed Up and Go Test (TUG): mide la movilidad, actividad de la vida diaria y caídas. Test de Levántate y anda cronometrado. Test de ejecución SPPB fragilidad. Test de Guralnik (Short Physical Performance Battery) para medir la fragilidad

QUINTA PARTE: SÍNTESIS, CONCLUSIONES Y CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS

V. QUINTA PARTE: A MODO DE SÍNTESIS - CONCLUSIONES

Llegados a este momento de nuestra investigación trataremos, en primer lugar, de llevar a cabo una síntesis del objetivo principal de esta investigación, que como sabemos no es otro que intentar disminuir la dependencia en la Comunidad Foral. Seguidamente presentaremos las conclusiones a las que hemos llegado a través de los resultados de la parte empírica. Obviamente, no podíamos acabar esta investigación sin verificar las hipótesis a las que hemos hemos sido conducidos.

1. SÍNTESIS

Al empezar esta investigación mi objetivo principal, era procurar disminuir la dependencia al adelantar los test de Barthel, Lawton y Minimental a las personas mayores antes de que éstas entrasen ya de lleno en la dependencia. Ello nos haría fomentar la autonomía y hacer de nuestros mayores un envejecimiento exitoso y en sus domicilios, en su hogar y rodeado de los suyos hasta que ya no fuese posible.

He realizado una I. Parte, donde desarrollé una fundamentación teórica extensiva (capítulo 1), fijando mi atención en tres dimensiones: biomédica, psicológica y social. Siguiendo el título de dicha tesis: “**Una concepción Bio-Psico-Social de la Tercera Edad Avanzada**”. Como enfermera, en la primera dimensión, **la biológica-médica**, he creído conveniente, seguir la clasificación de la OMS sobre anciano sano, enfermo, geriátrico y acabar con el final de la vida.

Me he detenido en alguna enfermedad algo más por la gran repercusión que tiene en la dependencia: cardiopatía y caídas. Mirando a la problemática que se nos plantea por la edad, he puesto el final de la vida. Los cuidados paliativos que son necesarios cuando se acerca el final. No estamos hablando de curar, sino **de acompañar**, a esas personas que están llegando al final de su vida y queremos que lo hagan en las mejores condiciones posibles y respetando en todo momento su dignidad, como persona que son. (Cabodevilla, I, 1999).

Sigo con el duelo de las familias y la importancia de acompañar. En la **dimensión psicológica**, he seguido la clasificación de la salud mental, y luego me dedico a algunas enfermedades mentales del anciano, como las demencias y las depresiones. En la **dimensión social**, primero analizo la sociología de la vejez. Hay que saber vivir esta etapa en plenitud y con toda la autonomía posible.

Más adelante, me dedico al apoyo formal e informal y me voy directamente a la dependencia y sus consecuencias. Vemos el perfil del cuidador y hablamos del cuidador por su relación con el anciano y por su dependencia de él para las actividades, tanto básicas como instrumentales, de la vida diaria.

En el cuidador resaltamos **la dimensión de género**, ya que la mayoría que cuida y son cuidadas, son **las mujeres**. Primero porque son las que cuidan a sus maridos, padres, tíos, etc. Segundo, porque son las que más viven y, a su vez, son cuidadas. Como nuestro objetivo son las personas mayores, explico la forma de comunicarnos con ellos. Lo importante es que haya una comunicación efectiva. También es importante destacar los derechos de los ancianos. Igualmente tratamos los derechos de los cuidadores, pero éstos los veremos en un taller dedicado a ellos, en el capítulo 6, en estrategias.

Aquí he creído conveniente aportar las perspectivas filosófica, antropológica, humanista y jurídica. (Capítulo 2). Mi formación, tanto filosófica como antropológica, me ha ayudado a enfocar este tema desde otros puntos de vista, que no sea el médico. El ser humano siempre ha estado preocupado por el sentido de la vida. “**De dónde venimos y a dónde vamos**”.

No he querido hacer un recorrido exhaustivo de lo que han pensado sobre el ser humano, la vida y la muerte. Sólo hemos aportado algunas pinceladas de un extenso peregrinar que nos lleva a ver cómo se desenvolvían nuestros ancestros y cómo hemos llegado a dominar con la técnica nuestras enfermedades y sobrevivir, aunque sólo el más fuerte, según Darwin.

La importancia de las **abuelas** en la dimensión antropológica, me pareció destacable. Éstas no sólo cuidaban a sus nietos, para que sus hijas fuesen a buscar el sustento diario, sino que en ese “**estar cuidando**”, les transmitían todo su saber, todo lo que habían ido acumulando en su larga y experimentada vida. Y, este saber, es el que hizo progresar a la humanidad.

Pero avanzamos, y es gracias a la cultura que trasmitían los abuelos a las generaciones que iban llegando. Hoy vemos que éstos siguen cuidando de sus nietos y, a pesar de las comunicaciones actuales, hay algo que transmite, algo que va quedando impreso, como tatuado en la piel, en la mente de los nietos. La vida, según Heidegger, acaba con la muerte. Por ello, dedico un tiempo a hablar de ella y cómo es vivida en otras culturas.

La muerte debe ser digna, y, por ello, yo quiero dedicarle unas líneas a la muerte digna y qué se entiende por ello. En Navarra, desde hace tiempo, al igual que en otras Comunidades autónomas existe el Documento de voluntades anticipadas para que, llegado el momento, se respeten la decisiones sobre lo que se quiere que pase.

Pero no podíamos acabar este capítulo sin la perspectiva jurídica. Todo lo que no está legislado, no existe. Las leyes son importantes, trascendentes podríamos decir, y más cuando se trata de proteger al más débil. Hacemos un repaso por algunas leyes Internacionales, Europeas, Nacionales y Forales. Aquí nos detenemos con Leyes, Órdenes y Decretos Forales dedicados a la tercera edad y a la dependencia en la Comunidad Foral.

Esta investigación está desarrollada en **Navarra**. Por lo que no podía dejar de informar sobre la realidad navarra y su situación geográfica, con la esperanza de que sea leída más allá de nuestras fronteras. Hago un repaso por la demografía navarra: natalidad, mortalidad, esperanza de vida al nacer y esperanza libre de discapacidad.

Contamos con un **Departamento de Bienestar Social** que administra los recursos socio-sanitarios e intenta paliar la dependencia con ayudas tanto al dependiente como a la familia. Navarra cuenta con un gran número de residencias de la tercera edad, tanto públicas como privadas. Muchas de estas últimas son de congregaciones religiosas.

He elegido varios centros de salud de la Comunidad Foral para esta investigación. He creído conveniente incluir la zonificación de Navarra y los centros que pertenece a cada zona, ya que he elegido al azar cuatro pueblos y dos barrios de Pamplona: Al norte, Leiza; al sur, Tudela; Al este, Sangüesa y al oeste, Estella. De los barrios, he pensado uno muy antiguo: Casco Viejo y otro muy nuevo: Buztintxuri. Aquí he extraído de la población total, los mayores de 70 años disgregados por sexo. He intentado reflejar la lejanía o cercanía de estos pueblos a la capital, y algo anecdótico de historia de dichos pueblos o barrios. Para ayudar a comprender, a través de su historia, a sus ciudadanos y a sus mayores.

La II parte la he dedicado al análisis empírico. En la dimensión metodológica (capítulo 4) marcamos los objetivos de esta investigación, tanto generales como específicos, que se derivan de la primera parte de fundamentación teórica. Nos encontramos con objetivos biomédicos, psicológicos y sociales. A través de ellos, marcamos las hipótesis, tanto generales como específicas.

La muestra la encontramos en los sujetos de cada centro, de los que tenemos datos. Aquí contamos con 89 personas. La población es los mayores de 70 años de la población navarra y, que ya marcamos al hablar de Navarra. Las variables utilizadas, como sabemos son: **edad**, **sexo** y **lugar de residencia**. Seguidamente, las técnicas tanto cualitativas como cuantitativas. Con ellas nos vamos a la descripción, análisis e interpretación de los datos de esta investigación.

Aquí me pareció interesante incluir un ejemplo del consentimiento informado, que se le entregaba a cada persona que quería participar en la investigación (que lo paso a anexos). También explico la recogida de datos, protección y destrucción de ellos. Análisis de estos datos e interpretación de los resultados con el programa estadístico SPSS-20, que trabaja el Gobierno de Navarra. Aquí me he extendido con los resultados, datos, gráficos, etc., ya que creo que es importante para las conclusiones y la verificación de las hipótesis.

La III parte la dedico a precisar las pautas de intervención a raíz de todo lo que hemos ido analizando desde las perspectivas biomédica, psicológica y social de nuestra primera parte. Pues todo lo que he ido desarrollado antes, nos lleva a especificar pautas socio-sanitarias para una intervención.

En la perspectiva social me he extendido más ya que todo lo que acontece al ser humano, lo vive en sociedad. Por ello, me he permitido incluir la Educación Para la Salud (EPS) como uno de los pilares básicos para la prevención de la dependencia. También apunto las estrategias del Gobierno de Navarra y de la OMS. A raíz de esta investigación, me hice socia de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Acudí al Congreso celebrado en Sevilla el año (2016) y traje algunas aportaciones de dicho congreso. No podía acabar estas pautas, sin recordar la importancia del empoderamiento de las personas mayores en nuestros días.

La IV parte la dedico a las limitaciones y sesgos que toda investigación tiene y las vías tanto biomédicas, psicológicas y sociales que esta investigación abre. Hay mucho camino por recorrer. Y, yo dejo abierta la puerta a futuras investigación que ayuden a disminuir la dependencia y aumentar el envejecimiento exitoso y en casa, en su hogar y con los suyos.

La V parte la dedico a síntesis, conclusiones y a confirmación de hipótesis a raíz de todo lo que me propuse en la primera parte con mis dimensiones biomédicas, psicológicas y sociales y los objetivos e hipótesis propuestos.

La VI parte la dedico a una amplia documentación bibliográfica, tanto primaria como secundaria. Ya que llevo tiempo con esta investigación y me ha dado tiempo a leer muchos libros, artículos y revistas dedicadas al tema de esta investigación.

La VII parte he creído conveniente añadir algunos anexos como los test pasados a las personas mayores de esta investigación, las escalas usadas, las pirámides poblacionales y mapas de la Comunidad Foral Navarra.

2. CONCLUSIONES

Vamos a ir paso por paso examinando los objetivos planteados:

2.1. Objetivo general: Conocer el perfil de las personas mayores de más de 70 años de nuestra Comunidad Foral que han participado en nuestro trabajo de investigación. Vemos que el número de personas que han participado en nuestra investigación son: 89 personas. De ellas 26 (29,2%) son hombres y 63 (70,8 %) son mujeres.

Sexo	Recuento	Porcentaje
F	63	70,8%
M	26	29,2%

1ª Conclusión: Podemos conocer el número de personas mayores de + 70 años que han participado en nuestra investigación: varones 26 y 63 mujeres. Como vemos las mujeres son mayoría que los hombres. Y, son cuidadoras mucho tiempo de sus maridos, pero a la vez por su gran longevidad, van a ser candidatas a ser cuidadas. Vemos que la mujer cuida de su cónyuge por su cercanía emocional. Y, muchas veces, no son ayudadas por los hijos/as, los cuales son aparecen en contadas ocasiones. Si son hijas las que cuidan a sus padres, suegros, madres o demás (tíos/as), llevan totalmente la carga de los cuidados. Estas mujeres, que conviven día a día con el dependiente, son las que tienen mayor nivel de estrés, peor salud y llegan a la depresión, para poder mantener a sus maridos/padres/suegros en casa, en su domicilio. Abandonan su vida laboral para ejercer dichos cuidados. A ellos, debemos apoyar constantemente.

2.2. Objetivo Biomédico: Determinar las personas mayores de nuestra comunidad con una autonomía funcional en las Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD) que les permita quedarse en su domicilio.

Para este objetivo, hemos pasado a estas personas el cuestionario de **Barthel** y hemos visto: Autónomo: 19 (21,3%) de personas mayores de nuestra comunidad; dependencia ligera: 56 (62,9%); dependencia moderada: 9 (10,9%), dependencia severa: 3 (3,4%) y dependencia total: 2 (2,2%). El que estas personas de nuestra Comunidad Foral tengan una dependencia ligera, nos lleva a intentar minimizarlas para que permanezcan el mayor tiempo posible en su domicilio. La dependencia ligera no existe en los grados de dependencia que nos dice la Ley de Dependencia, por lo que estas personas mayores son consideradas autónomas para dichas actividades. Para ello, necesitarán un mínimo de ayuda, tanto formal e informal, para que esta dependencia no vaya a más. Hay que dejarles hacer todo aquello que pueda y hacerle sentir útiles y autónomos. Debemos apoyarlos desde el primer momento para retrasar en todo lo posible la dependencia y disminuir los problemas que ella lleva acareados. El que una persona mayor necesite un mínimo de ayuda para un aseo más completo, una limpieza de la casa más exhaustiva, no es un dependiente. Debemos animar a que sean lo más autónomos posibles. Nuestra Comunidad Foral puede asumir ese compromiso, ya que cuenta con una gran batería de servicios socio-sanitarios.

Barthelcat		Valor	Recuento	Porcentaje
	0	autónomo	19	21,3%
	1	dependencia ligera	56	62,9%
Valores válidos	2	dependencia moderada	9	10,1%
	3	dependencia severa	3	3,4%
	4	dependencia total	2	2,2%

2ª Conclusión: SÍ, podemos conocer el número de personas mayores en Navarra con autonomía en Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD). Hemos visto que esta dependencia es ligera en la mayoría de las personas a las que se les ha pasado en los distintos centros de salud el test de Barthel. El cuidado que necesitan es mínimo. Como hemos comprobar, son independientes. Eso no quita, que necesiten alguna ayuda. Pero la Ley de la Dependencia no refiere este grado de dependencia, lo que las considera autónomas. Nos da un 84,2% de autónomas. Lo que quiere decir, que en nuestra comunidad, las personas mayores de +70 años, en su mayoría son autónomas frente a un 5,6% de dependencia severa y total (que no debemos olvidar).

2.3. Objetivo biomédico de AIVD. Los objetivos biomédicos de Actividades Instrumentales de nuestra investigación (AIVD). Conocer la autonomía en AIVD de las personas mayores de + 70 años de nuestra Comunidad Foral. Saber las personas mayores de nuestra investigación que tienen autonomía en AIVD.

Lawtoncat		Valor	Recuento	Porcentaje
	0	autónomo	25	28,1%
	1	dependencia ligera	14	15,7%
Valores válidos	2	dependencia moderada	15	16,9%
	3	dependencia severa	23	25,8%
	4	dependencia total	12	13,5%

Hemos visto que la dependencia en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en nuestra investigación, nos aporta un dato alarmante: Dependencia severa y total suman un 39,3%. Los severos son un 25,8% y los totales un 13,5%. Esto, como decimos, es preocupante, ya que necesitan ayuda en actividades instrumentales como medicación, dinero, bancos, etc. La dependencia ligera es 15,7% y la dependencia moderada un 16,9%. Tanto la ligera como la moderada, no son tan preocupantes, pero si es la severa. Además, la **dependencia severa**, conlleva cuidados de larga duración. Nos lleva a enfrentarnos con la pérdida de autonomía de estas personas e intentar compensarlas. Estas personas necesitan diariamente ser atendidas por personal especializado. Y, esto es costoso.

Tenemos además la experiencia de que estas personas severas, pasan muy pronto a dependencia total. Por ello, debemos esforzarnos en minimizar esta dependencia con cuidados los más específicos posibles con personal especializado. El Estado debe aprovisionarles de una gran gama de servicios, tanto sanitarios como sociales. Y con una gran batería de ayudas de soporte técnico. Esto lo haremos para tener a estas personas en su domicilio el mayor tiempo posible. Pondremos los medios de los cuidadores formales e informales, para atenderlos. A la familia de un cuidador severo, le prestaremos todo tipo de apoyo e, incluso, la formaremos en cuidados de calidad. Y, les ofreceremos las prestaciones del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) para que tengan un respiro y puedan desestresarse y volver con nuevos aires a los cuidados de las personas dependientes.

3ª Conclusión: Sí, podemos saber los grados de dependencia en AIVD en las personas de nuestra investigación. Hemos pasado el test de Lawton y vemos que tenemos un dato alarmante entre severos y totales. Lo que nos lleva a estar atentos a esta dependencia, pues nos dará mucho trabajo, ya que son actividades de mayor peso como tomar la medicación, ir al banco, pagar en una tienda, etc. Esta dependencia es muy específica y tenemos que tener personal especializado para poder atenderlos. Hemos de intentar que no aumente la dependencia, pues se irían a dependientes totales y necesitaríamos más recursos para tenerlos en unas condiciones de vida digna.

2.4. Objetivo psicológico. Conocer el grado de autonomía cognitiva en nuestra comunidad para que puedan seguir viviendo en sus domicilios.

Veamos el test de Minimental que se pasó en todos los centros de salud de nuestra investigación. Hemos determinado el deterioro cognitivo en nuestra comunidad y nos da un alto porcentaje de demencia 41,6%. Y un 57,3% de dudosos Hemos visto, que las mujeres que cuidan a sus maridos, son más propensas a sufrir estrés, ansiedad y depresión (Yee y Schulz, 2000). Y, también, que muestran mayor deterioro cognitivo (Moral et al., 2003). Recordemos que lo normal en Minimental es mayor de 30 puntos. Que si se tienen entre 22 y 30 es dudoso y si se tiene menos de 22 es alterado..

Hemos visto que hay muchos dudosos en nuestra investigación. Debemos intentar remontarlos lo antes posible para que no terminen en dependencia alterada. También vemos que hay muchos alterados (41,6%). Hay pueblos o barrios de nuestra investigación que tienen más personas con dependencia alterada como por ejemplo el barrio de Buztintxuri, donde tenemos un Centro de Atención a Salud Mental. Cuidarles con personal especializado y retrasa lo más posible la institucionalización de dichas personas (Gallagher-Thomspon et al., 2003). También el Casco Viejo dispone de salud mental.

Minimentalcat		Valor	Recuento	Porcentaje
Valores válidos	0	normal (>30)	1	1,1%
	1	dudoso (22-30)	51	57,3%
	2	alterado (<22)	37	41,6%

Esto nos indica que en Navarra el deterioro cognitivo es alto.

4ª Conclusión: Las personas de la Comunidad Foral de Navarra presentan una autonomía minoritaria y la mayoría un deterioro cognitivo alterado y dudoso rondando la demencia en un 41,6% + 57,3 %. Lo que nos daría que en nuestra comunidad hay un deterioro cognitivo dudoso que ronda la demencia y pocos con autonomía normal (1,1%). Esto nos lleva, a que debemos trabajar por la Salud Mental en todos los ámbitos de la Salud.

Debemos intervenir con estrategias psicológicas variadas como grupos de apoyo, terapias cognitivas, ventilación de emociones, etc. Todo ello, con el objetivo de retrasar el ingreso de dichas personas. Sabemos que estas personas dependientes necesitan unos cuidados especiales y con personal especializado. Los cuidados se van a prolongar en el tiempo. Si contamos con especialistas en dichos cuidados de salud mental, podremos mantenerlos en sus domicilios con cierta calidad de vida, que es el objetivo principal de esta investigación. Pero como venimos diciendo, esto no es significativo por la muestra tan pequeña que disponemos. Sí que es bueno resaltarlo, pero retenemos la hipótesis de que no son datos significativos

2.5. Objetivo. Correlación entre autonomía funcional y mental. Comparar la autonomía funcional y mental en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestro trabajo de investigación para ver si es posible que puedan quedarse a vivir en sus domicilios

Correlaciones			BARTHEL	LAWTON	MINIMENTAL
Rho de Spearman	BARTHEL LAWTON MINIMENTAL	Coefficiente de correlación	1, 000	, 616**	, 228*
		Sig. (bilateral)	.	, 000	, 032
		N	89	89	89
		Coefficiente de correlación	, 616**	1, 000	, 164
		Sig. (bilateral)	, 000	.	, 125
		N	89	89	89
		Coefficiente de correlación	, 228*	, 164	1, 000
		Sig. (bilateral)	, 032	, 125	.
		N	89	89	89

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Vimos que el coeficiente de correlación entre Barthel y Lawton existía y era +. Lo mismo entre Barthel y Minimental: existía y era +. Pasaba lo mismo entre Lawton y Barthel y Lawton y Minimental: existía y era +. Y lo mismo pasaba con Minimental y Barthel y Lawton: existía y era +. Hemos visto con mucha frecuencia, que el deterioro funcional y cognitivo, van de la mano.

5ª Conclusión: Vemos que existe correlación entre la autonomía funcional, tanto en ABVD como AIVD, y cognitivo y que está relación es positiva. Es decir, que sí existe un deterioro funcional y cognitivo en las personas que hemos investigado, a pesar de la pequeña muestra, este deterioro como sabemos, va de la mano.

Las personas cuidadas con dicho deterioro son personas que presentan conductas generadoras de demencia y con grandes deficiencias funcionales. Por lo que tenemos un gran reto para atender a estas personas y hacerlo en su domicilio, retrasando el ingreso lo más posible.

Hay que evitar el aislamiento social que conllevar este deterioro funcional y cognitivo. Aquí, vemos con dolor, que la autonomía en las AVD y cognitiva no es representativa. Las personas que son autónomas en AVD y presentan algún deterioro cognitivo, terminan siendo dependientes y con problemática social.

2.6. Objetivo. Comparación de la autonomía funcional y mental por sexo. Como podemos ver al pasar los test de Barthel, Lawton y Minimental a todas las personas que han participado en nuestra investigación, tenemos:

Barthel F: Media: 77,05(DT=21,935) y M: Media: 88,50 (DT=14,895)

Lawton F: Media: 4,46 (DT=2,651) y M: Media: 3,27 (DT=1,823)

Minimental F: Media: 21,41 (DT=5,49) y M: Media: 24,04 (DT=6,91)

Test	Sexo	Media	Desviación Típica
BARTHEL	F	77, 05	21, 935
	M	88, 50	14, 895
LAWTON	F	4, 46	2, 651
	M	3, 27	1, 823
MINIMENTAL	F	21, 41	5, 497
	M	24, 04	6, 91

También que las mujeres presentan una menor autonomía o mayor deterioro funcional y cognitivo que los hombres. Esto como vimos es por la edad, ya que ellas viven más tiempo que los hombres (85 años las mujeres frente a 82 años los hombres). Las mujeres que cuidan a sus cónyuges presentan un mayor deterioro físico y cognitivo que los hombres cuidadores (Segura et al., 1998; Roca et al., 2000; Galvez et al., 2003). A estas mujeres que cuidan a sus cónyuges, la sobrecarga de trabajo es mayor. Les acaparan tanto el tiempo, que terminan estresadas e incluso con muertes prematuras.

Además con una gran aislamiento social por el problema que acarrea el deterioro cognitivo y los problemas conductuales que conlleva. Estas conductas que conllevan patología mental y dependencia de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) aparecen mayoritariamente en las **mujeres** que cuidan a sus maridos mayores (Gaugler et al., 2000a).

Crean malestar emocional en dichas mujeres por no poder con la sobrecarga que les conlleva los cuidados. En mi tarea diaria, en la consulta, trato a muchas mujeres que se culpabilizan de no poder atender todas las demandas que conlleva dichos cuidados. Les aconsejo pensar en ellas, en cuidarse, en atender a la prevención de la salud, en mejorar su salud, sus cuidados, para así poder cuidar a los maridos y demás personas dependientes en su domicilio. En aceptar de buen grado las ayudas que se les ofrecen y aprovechar cada minuto de ocio que pueden disfrutar. Les animo a acudir a los talleres que hacemos en los Centros de Salud, ya que pueden aprender a gestionar su estrés y sus frustraciones. Deben salir con las amigas, celebrar cumpleaños, acudir al cine, etc. para reducir el estrés que le genera dichos cuidados (IMSERSO, 2002; García, Mateo y Egwiguren, 2004).

Debemos ayudar a estas personas cuidadoras con intervenciones cognitivas conductuales (Losada et al., 2004). Hay que pensar sobre todo en las personas dependientes y ofertarles programas cognitivos conductuales (Yanguas y Pérez, 1997). Estos programas deben ser breves y personalizados para conseguir los objetivos propuestos. Son más costosos en tiempo y preparación, pero merece la pena, pues ayudamos a dar cuidados de calidad y a disminuir el estrés del cuidador/ra. Es difícil para el cuidador acudir a programas y charlas impartidos por los miembros del Equipo de Atención Primaria. Pero debemos animarles, ya que esa falta de tiempo para su formación hace que se sientan desbordados y estresados (Losada et al., 2004).

Podemos comprobar: 1. Que autonomía funcional en ABVD **es mayor** en hombres que en mujeres (media 88,59 frente a 77,05). 2. Que la autonomía funcional de AIVD **es mayor** en mujeres que en hombres, pero sólo parece, ya que Lawton es diferentes en hombres que en mujeres. Los dos dan una dependencia moderada. Recordemos que Lawton: en mujeres: 4-5 puntos es dependencia moderada. Y, en hombre 2-3 puntos. Por lo que tantos hombres como mujeres tienen la dependencia moderada. Así que son iguales. 3. Minimal la autonomía es **menor** en mujeres, es decir, tenemos más dependencia en mujeres, ya que menos de 22 puntos; la autonomía está alterada. Hemos dicho que las mujeres sufren más que los hombres de depresión y estrés. Que debemos intervenir con programas de ayuda psicológica.

6ª Conclusión: Vemos que la autonomía tanto funcional en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y la autonomía cognitiva varía con el sexo de las personas.

La autonomía de ABVD es mayor en hombres que en mujeres (Media de 88,50 frente a 77,05), sin embargo autonomía funcional AIVD es mayor en mujeres que en hombres (Media: 4,46 en mujeres frente a 3,27 en hombres). Eso podría parecer a simple vista, pero vemos que los dos tienen el mismo deterioro moderado. Esto es por la diferente puntuación que tiene Lawton por el sexo. Aquí no obtenemos un dato bueno de autonomía.

El deterioro cognitivo es mayor en mujeres que en hombres (media de 21,41 frente a 24,04). Ya hemos visto que cuando la puntuación es menor de 22, el deterioro cognitivo está alterado. Es en mujeres porque viven más.

Repasemos:

- **La autonomía de ABVD es MAYOR en hombres que en mujeres (media de 88,50 frente a 77,05).**
- **Sin embargo la autonomía funcional AIVD es MAYOR en mujeres que en hombres (Media: 4,46 en mujeres frente a 3,27 en hombres). Pero sabemos que las puntuaciones son moderadas en ambos.**
- **El deterioro cognitivo es MAYOR en mujeres que en hombres (media de 21,41 frente a 24,04).**
- **Concluimos: La autonomía tanto funcional como cognitiva es mayor en el sexo masculino y menor en el sexo femenino o el deterioro tanto funcional como cognitivo es MENOR en el sexo masculino o MAYOR en el sexo femenino**

2.7. Objetivo. Comparar la autonomía de las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación por los distintos pueblos elegidos de Navarra, que como sabemos son: Buztintxuri, Casco Viejo, Estella, Leiza, Sangüesa y Tudela Oeste. Veamos los test pasado en todos los pueblos y barrios y sus medias (DT)

1. Buztintxuri → Barthel: Media 79,19 (DT=29,181), Lawton: Media: 4,46 (DT=2,13) y Minimental: Media: 21,20 (DT=6,67)

2. Casco Viejo → Barthel: media: 86,33 (DT=13,558), Lawton: Media: 6 (DT=2,104) y Minimental: Media: 24,13 (DT=3,9)

3. Estella → Barthel: Media: 74,00 (DT=19,38), Lawton: Media: 2,80 (DT=2,07) y Minimental: Media: 22,40 (DT=5,63)

4. Leiza → Barthel: media: 87,2 (DT=17,7), Lawton: Media: 4,67 (DT=2,35) y Minimental: Media: 21,20 (DT=4,72)

5. Sangüesa → Barthel Media: 76,6 (DT=23,7), Lawton: Media: 3,73 (DT=2,71) y Minimental: Media: 23,27 (DT=4,72)

6. Tudela Oeste → Barthel: Media: 78,9 (DT=17,34), Lawton: Media: 3,86 (DT=2,71) y Minimental: Media: 20,79 (DT=4,839)

Hallamos la media y la desviación típica en todos los test que hemos pasado en todos los Centros de Salud elegidos para esta investigación. Veamos:

Centros	Barthel	Lawton	Minimental	Edad
Buztintxuri	Media:79, 19 (DT=29, 181)	Media: 4, 46 (DT= 2, 13)	Media: 21, 20 (DT=6,67)	Media: 82, 47 (DT= 9, 746)
Casco Viejo	Media 86, 33 (DT=13, 558)	Media: 6 (DT=2, 104)	Media: 24, 13 (DT= 3, 9)	Media: 82, 93 (DT= 7, 226)
Estella	Media: 74, 0 (DT=19, 38)	Media: 2, 80 (DT=2, 07)	Media: 22, 40 (DT=5,63)	Media: 85, 67 (DT= 6, 576)
Leiza	Media: 87, 2 (DT=17, 7)	Media: 4, 67 (DT=2, 35)	Media: 21, 20 (DT= 9, 12)	Media: 82, 07 (DT= 5, 53)
Sangüesa	Media: 76, 6 (DT=23, 7)	Media:3, 73 (DT=2, 60)	Media: 23, 27 (DT= 4, 72)	Media: 83, 07 (DT= 6, 193)
Tudela O.	Media: 78, 9 (DT=17, 34)	Media:3, 86 (DT=2, 71)	Media: 20, 79 (DT= 4, 839)	Media: 87, 29 (DT= 5, 045)

Hagamos un repaso pueblo por pueblo de los resultados sacados.

1. Buztintxuri tiene una media de Barthel 79,19. Esto quiere decir, que la autonomía en actividades básicas de la vida diaria es buena. Si miramos a Lawton la media nos da 4,46, lo que nos dice, es que la dependencia es moderada para mujeres y leve para hombres. Minimental, vemos que la media es 21,20. Esto nos está indicando que Buztintxuri tiene una población con deterioro cognitivo alterado. Hemos reflejado anteriormente al hablar de su población, que era mayoritariamente inmigrante. Con los problemas socio sanitarios que esto conlleva. Existe aquí un centro de Salud mental, que como todo lo sanitario, está saturado, ya que acuden personas de otros municipios. Y, como decimos, en este barrio el deterioro cognitivo es importante y preocupante

2. Casco viejo. La media de Bartel es 86,33. Esto nos lleva a pensar que la autonomía en Actividades Básicas de la Vida Diaria es alta. Vemos que la autonomía en Lawton es mayor que cualquier otro centro de Salud. Esto es, como ya hemos explicado, que hay varias congregaciones religiosas y casa sacerdotal de mayores. Tener una media de 6, nos dice que los hombres son válidos en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Que las mujeres tienen una autonomía buena. Aquí, en estas congregaciones, tienen personal especializado para tareas de cuidadores/as. El Minimental tiene una media de 24,13. Recordemos que los dudosos están entre 22-30 puntos. Lo que nos indica este dato es que la salud mental de ellos es dudosa, es decir, que existe una autonomía cognitiva dudosa, pero no es tan preocupante ni representativa y es mayor que en otros pueblos o barrios

3. Estella. Tenemos un Barthel de media 74,0. Volvemos a decir, que la media de Barthel nos da una autonomía buena para esta población. Lawton nos 2,8. Recordemos que son severos para mujeres de 2-3 y para hombres 1. Lo que nos dice que la dependencia en mujeres es severa y que la de los hombres es moderada. Lo cual nos lleva a intervenir lo antes posible para que esta dependencia no siga su recta ascendente. Minimental no da una media de 22,4, lo que nos lleva de nuevo a observar que el deterioro cognitivo es dudoso, casi alterado. Que debemos intervenir cuanto antes para bajar la recta ascendente de la dependencia..

4. Sangüesa. Vemos de nuevo una media de Barthel de 76,6. Lo que nos indica una autonomía es buena en esta población. A pesar, como vimos que tenemos tres residencias de ancianos. El Lawton nos da una media de 3,73 puntos, lo que nos indica una dependencia severa en mujeres y moderada en hombres. Como vimos anteriormente, las mujeres tienen más puntuación por dedicarse a otros menesteres por su género. También viven más, lo que hace que tenga dependencia en ciertas tareas. Minimental es de 23,27 puntos. Volvemos a tener un deterioro cognitivo dudoso. Lo que nos hará intervenir enseguida, para retroceder en lo posible, dicho deterioro o una autonomía dudosa en salud mental.

5. Leiza. Es un pueblo montañoso con muchas personas mayores en sus caseríos y en su población del pueblo. Su Bartel de media es 87,2. Nos indica que estas personas son muy válidas para ABVD y que no requieren grandes ayudas. Tienen, como explicamos en la Casa de Baroja, su sitio en la familia y realizan tareas en el caserío. Son rudos y trabajadores. No acuden al médico a no ser que sea algo grave. Lo sé porque he trabajado en dicho centro. El vasco es de naturaleza sano y muy andador y come lo que le ofrece la naturaleza y el caserío (huevos, ovejas, verduras, etc.)

Es amante de la buena cocina, que ellos mismos se crean en sociedades masculinas donde la mujer tiene prohibida la entrada. El Lawton tiene 2,80 puntos. Severo para las mujeres y dependencia moderada para los hombres. La mujer es la etxeko andrea, la mujer del caserío. Tiene muchas funciones. Pero las instrumentales como bancos, etc., se encarga el hombre. Es la columna vertebral del caserío. Es la amatxo, es decir, la madre querida y respetada. El Minimental nos da un dato preocupante: 21,20. Ya hemos dicho que si baja de 22 puntos, significa deterioro cognitivo alterado. Vemos, con dolor, que la autonomía cognitiva está alterada.

6. Tudela Oeste. La media de Barthel es 78,9. Nos está diciendo, que la autonomía es buena en Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD). Lawton nos da una media de 3,86. Esto nos dice que podíamos considerarla dependencia moderada para ambos sexos, pero con tendencia a la severidad en mujeres. El Minimental nos da una media de 20,79. Esto nos indica un deterioro cognitivo alterado, ya que baja de 22, que es el punto de corte para alterado. Lo que nos lleva a pensar que debemos actuar cuanto antes en la salud mental de la población. También aquí, he de decir, que hay muchos inmigrantes en las labores del campo. La autonomía cognitiva está alterada.

7ª Conclusión: Hemos podido comprobar la autonomía funcional y cognitiva en los distintos Centros de Salud de nuestra investigación. Y vemos que varían las medias y (DT) en todos los centros y en todos los test pasados como Barthel, Lawton y Minimental. Y el que más cambia es Lawton en el Casco Viejo. Mejor autonomía en estas actividades.

Vemos que en todos los Centros de Salud, la autonomía de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) es buena, lo que nos indica, que estas personas necesitan muy poca ayuda para mantenerse en sus domicilios. Sin embargo, hemos visto una gran diferencia en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), con un gran deterioro y con unas necesidades muy específicas. Algunos pueblos, como Estella, Sangüesa y Leiza tienen una gran dependencia en estas actividades y requieren ayuda de personas especializadas.

El deterioro cognitivo varía también en los distintos pueblos. Siendo algunos como Leiza, Tudela Oeste y Buztintxuri con un deterioro cognitivo alterado, lo que precisa atención especializada en salud mental. Y como veremos más adelante, repercute en la vida familiar y social.

TEST	AUTONOMÍA	AYUDA
ABVD	Autonomía buena en todos los pueblos	Poca ayuda
AIVD	Estella, Sangüesa y Leiza: Gran dependencia	Mucha ayuda y dependencia
Minimental	Leiza y Buztintxuri y Tudela Oeste: deterioro cognitivo alterado	Mucha dependencia

2.8. Objetivo 8. Comparar la autonomía de la edad por sexo en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación, tanto Actividades de la Vida Diaria (AVD) como mentales.

	HOMBRES	MUJERES
Edad	82, 5 (77-86)	85 (81-88)

Vamos a hablar de **estas mujeres**, que suelen tener una edad avanzada, con un nivel educativo bajo y un nivel económico muy reducido. Lo que nos lleva a pensar, que acabarán siendo dependientes. Podemos comprobar que el número de mujeres duplica al de hombres. Son mayoría y viven más años. Con frecuencia, estas mujeres atienden a sus maridos, que suelen ser mayores que ellas. También son las que tienen mayor esperanza de vida.

Pero este factor positivo, se torna en negativo, ya que son las futuras dependientes por su gran longevidad. Ellas viven 7 años más que ellos. Por ello, van a necesitar la ayuda de otras personas para las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Estas mujeres cuidados familiares suelen tener unos 65 años o más. Son, como sabemos, esposas, madres, hijas y nueras. Si tienen menos años, (hijas) suelen abandonar la vida laboral o reducirla para ocuparse del dependiente, ya sea padre o madre o suegra o suegro. Pues, siempre es la **mujer**, siempre es ella la que abandona su vida laboral. Y, con ella, también su vida social. Esto hace que su economía se resienta. Además, estas hijas, tiene un rol familiar, ya que son madres, esposas, hermanas, etc. Estas mujeres ejercen sus cuidados una media de cinco años (IMSERSO, 2004; Family Caregiver Alliance, 2001).

Caregiver es persona que cuida a un pariente o vecino. Estas mujeres cuidadoras de sus maridos, padres, hijos, etc. llevan una vida muy estresante (Zarit, 1996, 1998a, 2002). Tienen repercusiones muy negativas sobre la familia. **Lazaro y Folkman** han estudiado una Teoría Transaccional del Estrés (Lazarus y Folkman, 1984). También **Parlen** ha hecho un modelo del proceso del estrés (Parlen,). **Zarit** es el que nos ha hablado del síndrome del cuidador. Por ello, lo he añadido en los anexos. Amplia el modelo de Lazarus y Folkman. Hace una valoración genera de los recursos de los cuidadores para afrontar el estrés diario.

Pero, tenemos que reconocer, que las mujeres que cuidan, son más propensas a sentir ansiedad y depresión que los hombres que cuidan (Schultz y Williamson, 1991; Family Caregiver Alliance, 2001). También estas mujeres son las que dedican mayor horas/día al cuidado de las personas dependientes (Morla et al., 2003). Estas mujeres son las que presentan percepciones negativas sobre su propia salud. Que les impide realizar las Actividades Diarias de la Vida (AVD). Por lo que presenta mayor probabilidad de enfermar.

No tienen tiempo de conductas preventivas para su salud. Son las últimas en acudir a los servicios sanitarios (Lee et al., 2003). Consecuencia de esto es que aumenta la mortalidad prematura de dichas mujeres. (Lee et al., 2003; Family Caregiver Alliance, 2003). Lo que querían evitar, no abandonan al dependiente en ningún momento, lo hacen definitivamente. Y dejan al dependiente en situación de abandono y dispuesto a cubrir una plaza en una residencia, cosa que estaban evitando con sus cuidados (Jerron et al., 1999).

Ha conseguido la “institucionalización” de la persona querida y con ello, su depresión y amargura. Por lo tanto, creemos que es importantísimo que las personas mujeres que cuidan a sus maridos, padres, etc., tengan tiempo de ocio. Yo en mi consulta y talleres, les explico la importancia del cuidado de sí mismas para poder cuidar. Si no favorecemos este espacio de ocio, las personas pueden llegar a tener conductas agresivas y dar malos tratos a las personas dependientes. Y, estos malos tratos son, tanto físicos como psicológicos (Mockus Parks y Novielli, 2000).

8ª Conclusión: La edad. Vemos que la edad es mayor en el sexo femenino (85 años frente a 82 años). Lo que nos lleva a pensar que las mujeres viven más y llegan a dependencia más tarde y peor. Están mucho tiempo de cuidadoras de sus maridos/padres/suegros. Y no se preocupan de su salud, por eso llegan con peor salud a ser dependientes y que ya no se puede volver atrás.

2.9. Objetivo. Comparar la autonomía de la edad por pueblos en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación, tanto AVD como mentales.

Casco Viejo: La edad de estas personas de media es 82,93. Sabemos, como hemos explicado ya, que las/os religiosas/os tienen una gran esperanza de vida. También aquí existen mayores que permanecen en su domicilio ayudados por cuidadores y atendidos por el SAD.

Estella: La edad de estas personas tiene una media de 85,67. Esto nos dice que tenemos muchas personas de 80 y más años. Y, como decimos, la dependencia aumenta con la edad, sobre todo en mujeres. Por lo que hemos de intervenir lo antes posible para minimizar la dependencia o retrocederla.

Sangüesa: La edad es de 83,07. Es una media alta para hombres y mujeres. Muchos permanecen en sus casa atendidos por personal contratado por el Ayuntamiento y otros, como hemos visto, están en residencias.

Leiza: La edad tiene una media es de 82,70 años. Como hemos reflejado, muchos siguen viviendo en su caserío, aunque tienen casa en el pueblo. Estos caseríos están bastante alejados unos de otros. E, incluso, tienen Bordas en lo más alto de los montes. Estas tienen unas vistas maravillosas, pero inaccesibles a los coches y demás. Además cuidan del ganado del caserío y de las huertas anexas a él.

Buztintxuri: La edad aquí nos sale 82,47 de media, pues contamos con una residencia de ancianos, Las Hermanitas de los Pobres, que cuenta con 80 ancianos muy mayores y el pueblo de Ártica, que tiene población más envejecida.

Tudela Oeste: La edad media es 87, 29. Muy alta. Es una zona entre rural y urbana, pues mantiene sus tradiciones y la gente del campo es sana, y comen mucha verdura y buena carne. Esto hace que lleven una vida de mucho trabajo en el campo, con grandes caminatas y con verduras de las huertas. Estas huertas son una fuente de satisfacción y también de ocio y, como no, económicas, ya que ayudan a mejorar su alimentación y a reducir sus gastos.

Centros	Edad
Buztintxuri	Media: 82, 47 (DT= 9, 746)
Casco Viejo	Media: 82, 93 (DT= 7, 226)
Estella	Media: 85, 67 (DT= 6, 576)
Leitza	Media: 82, 07 (DT= 5, 53)
Sangüesa	Media: 83, 07 (DT= 6, 193)
Tudela O.	Media: 87, 29 (DT= 5, 045)

9ª Conclusión: La edad, en casi todos, pasa de los de los 80 años, lo que nos da una gran longevidad. Pero también una gran preocupación para que estas personas no terminen con alguna dependencia. Ya dijimos, que es la enfermedad y no la edad, la que causa la dependencia. Pero también hemos visto, que a más edad, más dependencia. Queremos a nuestros mayores con la mejor calidad de vida, por lo que las intervenciones deben ir encaminadas a lograr el envejecimiento exitoso de nuestra Comunidad Foral y para que vivan en sus domicilios el mayor tiempo posible

1. Recordemos los objetivos y las hipótesis planteadas al empezar esta investigación. Y añadimos las conclusiones

OBJETIVOS	HIPÓTESIS	CONCLUSIONES
1. GENERAL	1. GENERAL	
Conocer el perfil de las personas mayores de 70 años de nuestra CFN, de los pueblos que hemos elegido para nuestro proyecto de investigación, con los criterios de selección, que son autónomas para poder permanecer en sus domicilios frente a las que tienen alguna dependencia.	Las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra, presentan un perfil de autonomía que les capacita para permanecer en su domicilio.	1ª Conclusión: Podemos conocer el número de personas mayores de + 70 años que han participado en nuestra investigación: varones 26 y 63 mujeres. Como vemos las mujeres son mayoría que los hombres. Y, son cuidadoras mucho tiempo de sus maridos, pero a la vez por su gran longevidad, van a ser candidatas a ser cuidadas.
OBJETIVOS BIOMÉDICOS	HIPÓTESIS BIOMÉDICA	
2. Conocer a las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presenta una autonomía en ABVD para permanecer en su domicilio.	2. Las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra, presentan un perfil de autonomía en Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD) que les capacita para permanecer en su domicilio.	2ª Conclusión: Sí, podemos conocer el número de personas mayores en Navarra con autonomía en Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD). Hemos visto que esta dependencia es ligera en la mayoría de las personas a las que se les ha pasado en los distintos centros de salud el test de Barthel. El cuidado que necesitan es mínimo. Como hemos comprobar, son independientes. Eso no quita que necesiten alguna ayuda. Pero la Ley de la Dependencia no refiere este grado de dependencia, lo que las considera autónomas. Nos da un 84,2% de autónomas. Lo que quiere decir, que en nuestra comunidad, las personas de +70 años, en su mayoría son autónomas frente a un 5,6% de dependencia severa y total
3. Conocer a las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presenta una autonomía en AIVD para permanecer en sus domicilio.	3. Estudiar la capacidad de desempeñar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en las personas mayores de + 70 años en nuestra Comunidad foral Navarra que tiene cierta autonomía con las que tienen cierta dependencia	3ª Conclusión: Sí, podemos saber los grados de dependencia en AIVD en las personas de nuestra investigación. Hemos pasado el test de Lawton y vemos que hay un dato alarmante entre severos y totales. Lo que nos lleva a estar atentos a esta dependencia, pues nos dará mucho trabajo, ya que son actividades de mayor peso como tomar la medicación, ir al banco, pagar en una tienda, etc. Esta dependencia es muy específica y hay que tener personal especializado para poder atenderlos. Teníamos que intentar que no aumente la dependencia, pues se nos irían a dependientes totales y necesitaríamos más recursos para tenernos en unas condiciones de vida digna.

OBJETIVOS	HIPÓTESIS	CONCLUSIONES
OBJETIVO PSICOLÓGICO	HIPÓTESIS PSICOLÓGICA	CONCLUSIÓN PSICOLÓGICA
4. Analizar las personas mayores de 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra que presentan una autonomía en salud mental para permanecer en sus domicilio.	4. Aquí vamos a ver la hipótesis relacionada con el objetivo psicológico. Las personas mayores de 70 años que presentan una autonomía mental que les permite permanecer en su domicilio con la ayuda del centro de salud mental correspondiente. Vemos el índice de Lobo, que utilizamos para este proyecto de investigación.	4ª Conclusión: Las personas de nuestra CFN presentan una autonomía minoritaria y la mayoría un deterioro cognitivo alterado y dudoso rondando la demencia en un 41,6% + 57,3 %. Lo que nos daría que en nuestra comunidad hay un deterioro cognitivo dudoso que ronda la demencia y pocos con autonomía normal (1,1%). Esto nos lleva a que debemos trabajar por la Salud Mental en todos los ámbitos de la Salud. Debemos intervenir con estrategias psicológicas variadas como grupos de apoyo, terapias cognitivas, ventilación de emociones, etc. Todo ello, con el objetivo de retrasar “la institucionalización” de dichas personas. Sabemos que estas personas dependientes necesitan unos cuidados especiales y con personal especializado. Los cuidados se van a prolongar en el tiempo. Si contamos con especialistas en dichos cuidados de salud mental, podremos mantenerlos en sus domicilios con cierta calidad de vida. Que es lo que pretende esta INVESTIGACIÓN
5. Determinar la correlación que hay entre la autonomía en AVD y en mental en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación Aquí pretendemos ver la correlación que hay entre autonomía funcional y MENTAL frente a la dependencia funcional y cognitiva, que van de la mano.	5. Deseamos correlacionar la autonomía funcional y la mental. Las personas mayores de +70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra presentan una autonomía funcional y mental que están relacionadas y van de la mano. Esta hipótesis nos habla de la autonomía en ABVD y en AIVD con la autonomía mental. Veremos que estas autonomías están relacionadas. Y lo mismo, si hay dependencia, también están relacionadas.	5ª Conclusión: Vemos que existe correlación entre la autonomía funcional, tanto en ABVD como AIVD, y cognitiva y que esta relación es positiva. Es decir, que SÍ existe un deterioro funcional y cognitivo en las personas que hemos investigado. Este deterioro como sabemos, va de la mano. Las personas cuidadas con dicho deterioro presentan conductas generadoras de demencia y con grandes deficiencias funcionales. Por lo que tenemos un gran reto para atender a estas personas y hacerlo en su domicilio, retrasando “la institucionalización” lo más posible. Hay que evitar el aislamiento social que conlleva este deterioro funcional y cognitivo. Aquí, vemos con dolor, que la autonomía en las AVD y cognitiva es poca o nada. Las personas que son autónomas en AVD y presentan algún deterioro cognitivo, terminan siendo dependientes y con problemática social.
6. Comparar la autonomía funcional y cognitiva por sexo en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación	6. Las personas mayores de + 70 años de nuestra Comunidad Foral de Navarra presentan una autonomía MENOR en AVD y mental en el sexo femenino. Las mujeres tienen peor salud y se cuidan menos, por lo que presentan una mayor dependencia. Son cuidadoras largo tiempo de sus cónyuges, padre/madres, suegros/suegras.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La autonomía de ABVD es mayor en hombres que en mujeres (Media de 88,50 frente a 77,05), ▪ Sin embargo la autonomía funcional AIVD es mayor en mujeres que en hombres (Media: 4,46 en mujeres frente a 3,27 en hombres). Pero sabemos que las puntuaciones son moderadas ▪ Deterioro cognitivo mayor en mujeres que en hombres (media de 21,41 frente a 24,04). ▪ Concluimos: La autonomía tanto funcional como cognitiva es mayor en el sexo masculino y menor en el sexo femenino o el deterioro tanto funcional como cognitivo es MENOR en el sexo masculino

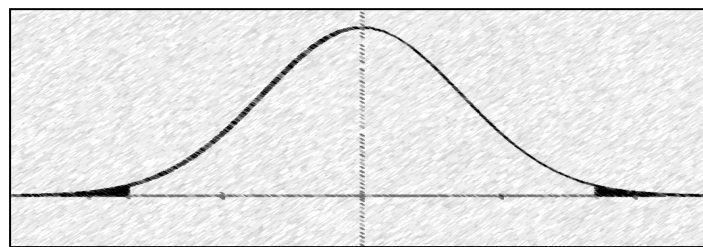
OBJETIVOS	HIPÓTESIS	CONCLUSIONES
7. Comparar la autonomía de las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación por los distintos pueblos elegidos de Navarra	7. Las personas mayores de + 70 años de los pueblos elegidos de nuestro proyecto de investigación presentan una autonomía en ABVD y AIVD y mental diferente según la zona en que viven.	ABVD: autonomía buena en todos los pueblos.....Poca ayuda AIVD: Estella, Sangüesa y Leiza: Gran dependencia: Mucha ayuda y dependencia Minimental: Leiza y Buztintxuri y Tudela Oeste: deterioro cognitivo alterado: Mucha dependencia
8. Comparar la autonomía de la edad por sexo en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación, tanto AVD como mentales.	8. Las personas mayores de + 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra presentan una edad mayor en el sexo femenino.	8ª Conclusión. La edad. Vemos que la edad es mayor en el sexo femenino (85 años frente a 82 años). Lo que nos lleva a pensar que las mujeres viven más y llegan a dependencia más tarde y peor. Están mucho tiempo de cuidadoras de sus maridos/padres/suegros.
9. Comparar la autonomía de la edad por pueblos en las personas mayores de 70 años de la Comunidad Foral Navarra de nuestra investigación, tanto AVD como mentales.	9. Las personas mayores de + 70 años de nuestra Comunidad Foral Navarra presentan una edad parecida en los distintos pueblos en que se ha basado este proyecto de investigación	9ª. La edad, en casi todos, pasa de los de los 80 años, lo que nos da una gran longevidad. Pero también una gran preocupación para que estas personas no terminen con alguna dependencia. Ya dijimos, que es la enfermedad y no la edad, la que causa la dependencia. Pero también hemos visto, que a más edad, más dependencia. Queremos ver a nuestros mayores con la mejor calidad de vida, por lo que las intervenciones deben ir encaminadas a lograr el envejecimiento exitoso de nuestra Comunidad Foral. Edad: 80 y + en todos...Dependencia

3. PROCESO HACIA UNA CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS

Una parte de la investigación descriptiva está orientada a responder a cuestiones de contraste de hipótesis. Este contraste (CH) está muy relacionado con el cálculo de confianza (IC), pero con un enfoque distinto como veremos a continuación:

IC: región donde esperamos que esté el valor del parámetro.

CH: calculamos la probabilidad de obtener resultados iguales o más discrepantes de los obtenidos, bajo la suposición de que la hipótesis nula sea cierta. Si dicha p es baja ($p < 0,05$) se rechaza la hipótesis. En este contraste de hipótesis se enfrenta la hipótesis nula (H_0) con la hipótesis alternativa (H_a) que la niega. **Si los datos se muestran favorables a la H_a , se rechaza la H_0 . Entonces el contraste será estadísticamente significativo.** Esto quiere decir que, que H_0 , la probabilidad de obtener un resultado igual o más discrepante que el obtenido para el parámetro es pequeño, menor que el nivel de significación. Si rechazamos la hipótesis nula H_0 , consideraremos poco verosímil que la muestra proceda de la distribución de referencia, ya que la significación del contraste (p) es muy pequeña. Si la p no es pequeña (zona de no rechazo H_0), la diferencia sería estadísticamente no significativa y no rechazaríamos la hipótesis nula H_0 .



Reg. Crít. No rechazo H_0 Región Crítica

Para poder concluir sobre diferencias en cualquiera de los dos sentidos la prueba debe ser bilateral; ya que la probabilidad de un contraste bilateral es el doble que la de uno unilateral. Por ello, utilizaremos la prueba bilateral.

Al realizar el contra hay dos tipos de **error**: **Error I:** Rechazar la H_0 cuando es cierta y

Error II: Rechazar la H_0 cuando es falsa.

Nivel de significación: α = probabilidad de cometer un error tipo I. Este se fija de antemano en un número pequeño (1%, 5%). α = alfa

La potencia del contraste = $(1-B)$ Es la probabilidad de que no ocurra el tipo II. Es decir, la p de aceptar la H_a cuando es verdadera. Suele fijarse en el 80 ó 90%. B = Beta

La potencia depende del tamaño muestral. Al aumentar el tamaño, aumenta la potencia del estudio: Con tamaños muestrales mayores, podemos ver estadísticamente significativas las diferencias más significativas. **P valor = significación del contraste**, es la p de que bajo la H_0 se encuentra un valor como el de la muestra o más extremo. Cuanto menor, la evidencia contra la H_0 es mayor. Los resultados de las pruebas de hipótesis con causalidad.

Para saber si un resultado es estadísticamente significativo: Si un resultado estadísticamente no significativo no indica que H_0 sea verdadera. Que un resultado sea estadísticamente significativo indica que el resultado encontrado es poco compatible con la H_0 , que sería raro o poco frecuente que se produjera siendo la H_0 cierta. La significación estadística

depende de la magnitud del efecto encontrado y del número de sujetos (n) de la muestra empleada: Si **n es pequeña**: carecen de potencia porque la variabilidad del muestreo (DE) es alta → tienden a dar resultados estadísticamente no significativos. Si **n es grande** tiende a dar resultados estadísticamente significativos aunque la magnitud del efecto sea pequeña y no tenga interés clínico de significación y tipos de error

Según la significación (p valor) del valor observado del estadístico tomaremos la decisión de rechazar o no la H_0

Veamos el P- VALOR de la edad y el sexo. Luego veremos en los pueblos que tenemos de nuestro trabajo de investigación.

	HOMBRES	MUJERES	P-VALOR *
Edad	82, 5 (77-86)	85 (81-88)	0,024
Barthel	95 (78, 7-100)	82 (65-95)	0,007
Lawton	3, 5 (1-5)	4 (2-7)	0,047
Minimental	25 (21-29)	23 (18-25)	0,016

* Test U-Manwhi: muestras no paramétricas

p-valor ≥ 0.05	Aceptamos $H_0 \rightarrow$ no tiene relación;
p-valor <0.05	Rechazamos $H_0 \rightarrow$ Existe relación significativa, y es +

Resumen de prueba de hipótesis			
	Hipótesis nula	Test	Sig. Decisión
1	La distribución de BARTHEL es la misma entre las categorías de SEXO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,007 Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de LAWTON es la misma entre las categorías de SEXO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,047 Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de MINIMENTAL es la misma entre las categorías de SEXO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,016 Rechazar la hipótesis nula.
4	La distribución de EDAD es la misma entre las categorías de SEXO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,024 Rechazar la hipótesis nula.
Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05			

4. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Vamos a ir paso a paso, hipótesis por hipótesis, aceptando o rechazándolas. Mi objetivo es que este trabajo de investigación sea claro y efectivo, ya que pretendemos intervenir en los centros de Atención Primaria de Navarra para que se ahonde en la necesidad de pasar los tests tratados antes de que las personas entren ya en la dependencia. Con el único objetivo de retrasarla o, si fuese posible, erradicarla. Vamos a enumerar unas cuantas hipótesis, pero se podrían hacer más.

4.1. Hipótesis nula: La distribución de Barthel es la misma en las categorías de sexo. H_0

Hipótesis alternativa: No es la misma la distribución de Barthel en la categoría de sexo. H_a

Como podemos comprobar Barthel no es lo mismo en la categoría de sexos, ya que vemos que los hombres es 88,50 frente a las mujeres que es de 71,05. Lo que nos lleva a rechazar la hipótesis nula de que son iguales en la categoría de sexo. Vemos que el p-valor de Barthel en la categoría de sexo es = 0,07, lo que nos dice que tenemos que rechazar la H_0 . Tenemos al principio el cuadro del p-valor y al final el cuadro de resumen de categoría de sexo.

4.1. Rechazamos la hipótesis nula, ya que la distribución de Barthel es distinta en las categorías de sexo. Y vemos, que las mujeres, son 11 años menores que los hombres y por ello, cuidadoras de sus cónyuges. Y terminan siendo cuidadas. Y el Barthel no da que los hombres son más autónomos que las mujeres.

4.2. Hipótesis Nula de los objetivos biomédicos. Las personas mayores de + 70 años de nuestra investigación presentan una autonomía buena para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) al pasarles el test de Barthel.

Hipótesis alternativas: No se sabe la autonomía de Barthel. H_a

4.2. Aceptamos la H_0 . Todas las personas de +70 años de nuestra investigación presentan una autonomía buena en ABVD

4.3. Hipótesis nula: La autonomía funcional de las ABVD es mayor en hombres que en mujeres.

Hipótesis alternativa: El deterioro funcional es igual en hombres que en mujeres

4.3. Aceptamos la hipótesis nula, ya que es mayor la autonomía funcional de ABVD en hombres. Y menor en mujeres

4.4. Hipótesis nula de los objetivos biomédicos: las personas de nuestra investigación de + 70 años que se les ha pasado el test de Lawton para AIVD, presentan una autonomía funcional instrumental un 25,8 % de dependencia severa. Recordemos las puntuaciones que hemos ido viendo a lo largo de esta tesis sobre Lawton.

Hipótesis alternativa: No sabemos la dependencia en AIVD

4.4. Aceptamos la hipótesis nula: ya que sí sabemos el % de dependencia severa que tenemos en nuestra comunidad al pasar los test de Lawton y éste es de 25%. Y veremos que las mujeres y hombres están bastante igualados

4.5. Hipótesis nula: La autonomía funcional de AIVD es mayor en hombres. Vemos que el p-valor entre hombres y mujeres es 0,047. Lo que nos indica que es distinto y $< 0,05$, por lo que rechazamos la H_0 y nos dice que existe relación y que ésta es positiva

Hipótesis alternativa: No es mayor en hombres que en mujeres. H_a

4.5. Rechazamos la hipótesis nula, ya que la autonomía funcional de las AIVD es menor en hombres y mayor en mujeres. Aunque al final, por la distinta numeración.

4.6. Hipótesis Nula: La distribución de Lawton es la misma en las categorías de sexo. Veíamos que en mujeres Dependencia moderada era 4-5 puntos y en hombres de 2-3 puntos. Vemos en el p-valor que en hombres es de 0,047. Y que la media de Lawton en hombres es 3,27 y la media en mujeres es 4,46 puntos. En los dos nos da una dependencia moderada, pero no es igual, ya que el nivel de significación es distinto (H_0 distintos H_1). El p-valor es la probabilidad de que se cumpla H_0 y es 0,047, y es distinto para los sexos. Por lo que, rechazamos la $H_0 < 0,05$

Hipótesis alternativa: La distribución de Lawton es distinta en la misma categoría de sexo

4.6. Rechazamos la hipótesis nula, ya que la distribución de Lawton no es la misma en las categorías de sexo. Y esto nos lleva a pensar, que debemos actuar distintamente con hombres que con mujeres, ya que son diferentes a la hora de abordarlos

4.7. Hipótesis nula: La distribución de Minimental es la misma en las categorías de sexo. Vemos que el p-valor es 0,016. En hombres es 25 (21-29) y en mujeres es 23 (18-25) Por lo que H_0 es distinta H_1 , lo que nos lleva a rechazar la hipótesis nula. Recordemos en la categoría de sexo en el Minimental nos daba en hombres, la media: 24,04 (DT= 6,91) y en mujeres, la media es de 21,41 (DT= 5,497). Como el p-valor es 0,016 Rechazamos la H_0 . O también podemos decir, que aceptamos la hipótesis alternativa. $H_0 < 0,05$

Hipótesis alternativa: no es la misma en la categoría de sexo.

4.7. Rechazamos la hipótesis nula, ya que la distribución de Minimental no es la misma en las categorías de sexo.

4.8. Hipótesis cognitiva: comprobamos el alto porcentaje de deterioro cognitivo en nuestra comunidad. Recordemos lo que teníamos al pasar el test de Minimental de Lobo. **Hipótesis nula:** Las personas mayores de +70 años de nuestra investigación presentan un deterioro cognitivo dudoso de 57,3%.

Hipótesis alternativa: No sabemos el deterioro.

4.8. Aceptamos la hipótesis nula, ya que sí sabíamos el grado de deterioro de nuestra investigación y el porcentaje

4.9. Hipótesis nula: la distribución de edad es la misma entre las categorías de sexo. Vemos que el p-valor de la edad es 0,024. Para hombres 82,5 (77-66) y para mujeres 85 (81-88). Lo que nos dice que no hay ninguna probabilidad de que se cumpla la H_0 . Por lo que la rechazamos. $H_0 < 0,05$ o aceptamos la hipótesis alternativa

Hipótesis alternativa: no es la misma.

4.9. Rechazamos la hipótesis nula, ya que la edad no es la misma en la categoría de sexo. Como hemos visto, las mujeres viven más.

4.10. Hipótesis nula: La edad es la misma en las categorías de sexo. Vimos también que el p-valor entre los sexos era 0,024, donde hombres igual a 82,5 (77- 86) y mujeres a 85 (81-88). . Vemos que el p-valor es $< 0,05$, por lo que rechazamos la Hipótesis nula.

Hipótesis alternativa: la edad es distinta.

4.10. Rechazamos la hipótesis nula, ya que la edad es distinta en los sexos como hemos visto. Veíamos que las mujeres viven más que los hombres y son cuidadoras de éstos. Y a la vez, al vivir más años, son candidatas a dependientes.

Vamos ahora a poner los Centros de Salud donde se realizó la investigación para comprobar las hipótesis. Como se sabe elegimos: 4 pueblos y 2 barrios.

Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de BARTHEL es la misma entre las categorías de CENTRO DE SALUD.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,174	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de LAWTON es la misma entre las categorías de CENTRO DE SALUD.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,014	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de MINIMENTAL es la misma entre las categorías de CENTRO DE SALUD.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,695	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de EDAD es la misma entre las categorías de CENTRO DE SALUD.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,240	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

4.11. Hipótesis nula: La distribución de Barthel es la misma en la categoría de Centros de Salud.

Hipótesis alternativa: Es distinta la distribución de Barthel. H_a

4.11. Rechazamos la hipótesis nula, ya que la distribución de Barthel es distinta en los centros de salud de nuestra investigación.

4.12. Hipótesis nula: La distribución de Lawton es la misma en los en los Centros de Salud. Vemos que el p- valor en los centros de salud a los que se les pasa Lawton es 0,014. Vimos que si el p-valor $< 0,05$, entonces rechazaremos la H_0 . Y aceptaremos que la distribución de Lawton en los Centros de Salud objeto de nuestra investigación es distinto $H_0 < 0,05$

Hipótesis alternativa: la distribución de Lawton en los centros de salud es distinta. H_1

4.12. Rechazamos la hipótesis nula, ya que la distribución de Lawton es distinta en los centros de salud de nuestra investigación. Ya vimos, incluso, que Lawton en el Casco Viejo era mayor que en otros centros de salud. Ya hallamos las medias de Lawton en todos los centros y por ello, rechazamos la hipótesis nula.

4.13. Hipótesis nula: El test de Minimental pasados a las personas mayores de nuestra investigación es igual en los centros de salud. El H_0 es 0,695 , lo que nos dice que es mayor de 0,05. Por lo tanto, retenemos la hipótesis nula. Lo que nos dice es que no hay relación entre los distintos centros. P- valor = 0,695; y es $> 0,05$ -"Retemos la H_0 . Vemos que la media que es mayor es la del Casco Viejo= 24,13. Esto nos lleva a pensar, de que aquí autonomía cognitiva es mayor y que las ayudas son menores. Recordemos, que en esta zona hay varios sacerdotes, religiosas/os con una alta maestría y estudios universitarios.

Hipótesis alternativa: es distinto en los distintos centros.

4.13. Aceptamos la hipótesis nula, ya que el test es el mismo en los distintos centros de salud y las medidas no son iguales, no guardan relación

4.14. Hipótesis nula: la distribución de la edad es la misma en la categoría de centros. Vemos que el p-valor de la edad es 0,240. Es $> 0,05$. Lo que nos hace aceptar la H_0 y rechazar la H_1 . Vemos la edad en los distintos centros de salud:

Centros	Edad	
Buztintxuri	Media: 82, 47	(DT= 9, 746)
Casco Viejo	Media: 82, 93	(DT= 7, 226)
Estella	Media: 85, 67	(DT= 6, 576)
Leitza	Media: 82, 07	(DT= 5, 53)
Sangüesa	Media: 83, 07	(DT= 6, 193)
Tudela O.	Media: 87, 29	(DT= 5, 045)

Hipótesis alternativa: La distribución es distinta

4.14. Aceptamos la hipótesis nula, ya que el nivel de significación es mayor de 0,05. Hemos visto la edad en los distintos centros y no tienen relación unos con otros

Resumiendo:

HIPÓTESIS NULA H_0	HIPÓTESIS ALTERNATIVA H_a	COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS
1. La distribución de Barthel es la misma en las categorías de sexo. H_0	No es la misma en la categoría de sexo. H_a	Rechazamos la hipótesis nula, ya que la distribución de Barthel es distinta en las categorías de sexo. Y vemos, que las mujeres, son 11 años menores que los hombres y por ello, cuidadoras de sus cónyuges. Y terminan siendo cuidadas. Y el Barthel no da que los hombres son más autónomos que las mujeres.
2. Las personas mayores de + 70 años de nuestra investigación presentan una autonomía buena para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) al pasarles el test de Barthel.	No se sabe la autonomía en ABVD. H_a	Aceptamos la H_0. Todas las personas de +70 años de nuestra investigación presentan una autonomía buena en ABVD
3. La autonomía funcional de las ABVD es mayor en hombres que en mujeres.	El deterioro funcional es igual en ABVD	Aceptamos la hipótesis nula, ya que es mayor la autonomía funcional de ABVD en hombres. Y menor en mujeres
4. las personas de nuestra investigación de + 70 años que se les ha pasado el test de Lawton para AIVD, presentan una autonomía funcional instrumental un 25,8 % de dependencia severa. Recordemos la puntuaciones que hemos ido viendo a lo largo de esta tesis sobre Lawton.	No sabemos la dependencia en AIVD de nuestra investigación	Aceptamos la hipótesis nula: ya que sí sabemos el % de dependencia severa que tenemos en nuestra comunidad al pasar los test de Lawton y éste es de 25%. Y veremos que las mujeres y hombres están bastante igualados
5. La autonomía funcional de AIVD es mayor en el sexo masculino. Vemos que el p- valor entre hombres y mujeres es 0,047. Lo que nos indica que es distinto y < 0,05, por lo que rechazamos la H_0 y nos dice que existe relación y que ésta es positiva	No es mayor en el sexo masculino.	Rechazamos la hipótesis nula, ya que la autonomía funcional de las AIVD es menor en los hombres y mayor en mujeres.
6. La distribución de Lawton es la misma en las categorías de sexo. Veíamos que en mujeres Dependencia moderada era 4-5 puntos y en hombres de 2-3 puntos. Vemos en el p-valor que en hombres es de 0,047. Y que la media de Lawton en hombres es 3,27 y la media en mujeres es 4,46 puntos. En los dos nos da una dependencia moderada, pero no es igual, ya que el nivel de significación es distinto (H_0 distintos H_1). El p- valor es la probabilidad de que se cumpla H_0 y es 0,047, y es distinto para los sexos. Por lo que , rechazamos la H_0 < 0,05	La distribución de Lawton es distinta en la misma categoría de sexo	Rechazamos la hipótesis nula, ya que la distribución de Lawton no es la misma en las categorías de sexo. Y esto nos lleva a pensar, que debemos actuar distintamente con hombres que con mujeres, ya que son diferentes antes a la hora de abordarlos
7. La distribución de Minimental es la misma en las categorías de sexo. El p-valor es 0,016. En hombres es 25 (21-29) y en mujeres es 23 (18-25) Por lo que H_0 es distinta H_1 , lo que nos lleva a rechazar la hipótesis nula. Recordemos en la categoría de sexo en el Minimental nos daba en hombres, la media: 24,04 (DT= 6,91) y en mujeres, la media: 21,41 (DT= 5,497). Como el p-valor es 0,016 Rechazamos la H_0 . O podemos decir que aceptamos la hipótesis alternativa. H_0 < 0,05	No es la misma en la categoría de sexo. H_a	Rechazamos la hipótesis nula, ya que la distribución de Minimental no es la misma en las categorías de sexo.

HIPÓTESIS NULA H_0	HIPÓTESIS ALTERNATIVA H_a	COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS
8. Las personas mayores de +70 años de nuestra investigación presentan un deterioro cognitivo dudoso de 57,3%.	No sabemos el deterioro cognitivo	Aceptamos la hipótesis nula, ya que sí sabíamos el grado de deterioro de nuestra investigación y el porcentajes
9. La distribución de edad es la misma entre las categorías de sexo. Vemos que el p-valor de la edad es 0,024. Para hombres 82,5 (77-66) y para mujeres 85 (81-88). Lo que nos dice que no hay ninguna probabilidad de que se cumpla la H_0 . Por lo que la rechazamos. $H_0 < 0,05$ ó aceptamos la hipótesis alternativa	No es la misma la distribución de la edad en la categoría de sexo. H_a	Rechazamos la hipótesis nula, ya que la edad no es la misma en la categoría de sexo. Como hemos visto, las mujeres viven más.
10. La edad es la misma en las categorías de sexo. Vimos también que el p.-valor entre los sexos era 0,024, donde hombres igual a 82,5 (77- 86) y mujeres a 85 (81-88). Vemos que el p-valor es $< 0,05$, por lo que rechazamos la Hipótesis nula.	La edad es distinta	Rechazamos la hipótesis nula, ya que la edad es distinta en los sexos como hemos visto. Veíamos que la mujer vive más que el hombre y son cuidadoras de éstos. Y a la vez, al vivir más años, son candidatas a dependientes
11. La distribución de Barthel es la misma en la categoría de Centros de Salud de Salud de nuestra investigación. H_0	Es distinta la distribución de Barthel en los Centros de Salud de nuestra investigación. H_a	Rechazamos la hipótesis nula, ya que la distribución de Barthel es distinta en los centros de salud de nuestra investigación.
12. La distribución de Lawton es la misma en los e Centros de Salud. Vemos que el p-valor en los centros de salud a los que se les pasa Lawton es 0,014. Vimos que si el p-valor $< 0,05$, entonces rechazaremos la H_0 . Y aceptaremos que la distribución de Lawton en los Centros de Salud objeto de nuestra investigación es distinto $H_0 < 0,05$	La distribución de Lawton en los centros de salud es distinta. H_a	Rechazamos la hipótesis nula, ya que la distribución de Lawton es distinta en los centros de salud de nuestra investigación. Ya vimos, incluso, que Lawton en el Casco Viejo era mayor que en otros centros de salud. Ya hallamos las medias de Lawton en todos los centros y por ello, rechazamos la hipótesis nula.
13. El test de Minimental pasados a las personas mayores de nuestra investigación es igual en los centros de salud. El H_0 es 0,69, lo que nos dice que es mayor de 0,05. Por lo tanto, retenemos la hipótesis nula. Lo que nos dice es que no hay relación entre los distintos centros. P-valor = 0,695; y es $> 0,05$ -"Retemos la H_0 ". Vemos que la media que es mayor es la del Casco Viejo= 24,13. Esto nos lleva a pensar, de que aquí autonomía cognitiva es mayor y que las ayudas son menores. Recordemos, que en esta zona hay varios sacerdotes, religiosas/os con una alta maestría y estudios universitarios	Es distinto en los distintos Centros de Salud	Aceptamos la hipótesis nula, ya que el test es el mismo en los distintos centros de salud y las medias no son iguales, no guardan relación
14. La distribución de la edad es la misma en la categoría de centros. Vemos que el p-valor de la edad es 0,240. Es $> 0,05$.	No es la misma.	Lo que nos hace aceptar la H_0 y rechazar la H_a . Vemos la edad en los distintos centros de salud:

SEXTA PARTE: BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN GARCÍA A, VILCHES FUENTES J, PUJOL RODRÍGUEZ R.** *Un perfil de las personas mayores en España, 2014.* Indicadores estadísticos básicos. Madrid. Informes Envejecimiento en red 2013; 6. 14-02-2014. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
- ABELLÁN A.** *Indicadores demográficos.* En: Observatorio de personas mayores, editor. Las personas mayores en España. Informe 2004. Tomo I. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004. P.43-88.
- ABELLÁN A, PUGA S.** *La dependencia entre los mayores.* En CECS, 8º Informe España 2001, Madrid: Fundación Encuentro, 2001.
- ABELLÁN A, PUGA Mª D.** *Estudio monográfico: La discapacidad en la población española.* En: Observatorio de personas mayores, editor. Las personas mayores en España. Informe 2004. Tomo I. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ; 2004. P. 777-809.
- ABIZANDA P.** *Sarcopenia.* Diariomedico.com.15. Abizanda P. Fragilidad. En: Curso Geriactualidad 2009.
- ABIZANDA SOLER P, ROMERO L, LUENGO C.** Uso apropiado del **término** fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40 (1): 58-9.
- ABIZANDA SOLER P.** Actualización en fragilidad. Rev Esp Geriatr Geontol. 2010.doi: 10.1016/j. regg.2009.10.010.
- ADRIA PARTNERS.** *Calypso Study on Socail Torism.* Austria. Country Stdudy, 2010
- ALARCÓN MT, GONZÁLEZ JI, SALGADO A.** Valoración funcional del paciente anciano. En: *Valoración del paciente anciano.* MASSONS.A.: Barcelona 1993; 47-72.
- ALARCÓN T, GONZÁLEZ JI.** Fragilidad física en el envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997; 32 (NMI): 3-6.
- ALONSO MESEGUER, JAVIER .** «La política y las pensiones vs. la política de pensiones en España»; *Papeles de Economía Española*, nº 113, Madrid. 2007
- ALONSO, F.; ROCA, A.; CALLE, M.; PAZOS, J.M.; GARCÍA, M.; SANZ, A. Y VEGA,P.** *Libro Verde de la Accesibilidad en España: Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras.* IMSERSO. Madrid, 2002.
- ALONSO, F.** *Acceplan, plan de accesibilidad 2003-2010.* Libro Blanco. Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales, 2003.
- ALONSO VENEN., LADO LADO, F.L.:** *Anticoagulación Oral,* Arán Ediciones, S. L. Madrid 2011.
- ÁLVAREZ M, ALAIZ AT, BRUN E, CABAÑEROS JJ, CALZÓN M, COSÍO I et al.** Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el Índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten Primaria 1992; 10: 812-816.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION,** *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado. DSM-IV-TR.* Barcelona: Ed. Masson, 2002.
- ANCONA L.** *Enciclopedia temática de psicología,* I, Herder , Barcelona, 1980, p. 896.

- ANTONUCCI, T. Y JACKSON, J.** *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida.* En L. Carstensen y B. Edelstein: *Intervención psicológica y social.* Barcelona: Martínez roca, 1990, pp. 129-149.
- ANDUEZA, I.** (2009) Discriminación. *Encuesta 2008 Inmigrantes en Navarra.* M. Laparra, A. Martínez de Lizarrondo y J.R. García de Eulate. Pamplona, Cátedra UNESCO de Ciudadanía, Convivencia y Pluralismo (Universidad Publica de Navarra) y Oficina de Atención a la Inmigración (Gobierno de Navarra).
- ARANGUREN CASTRO J, CALLÉN BLECUA M, ELORZ LAMBARRI J, ETXEBERRIA AGIRRE A, GALDIZ ITURRI JB, IRIZAR ARANBURUI,** et al. Guía de práctica clínica sobre asma. Osakidetza- Servicio Vasco de Salud; 2005. [consultada 6 de julio de 2007]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/newCatalogo.asp?idEnfermedad=11>.
- ARAI y AL.** Adipose endocrine function, insulin-like growth factor-1 axis, and exceptional survival beyond 100 years of age. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008; 63 A: 1209-18.
- ARANCETA, J.** «Dieta en la tercera edad». En Salas- Salvadó, J.; Bonada, A.; Trallero, R.; Engracia Saló, M. (ed.). *Nutrición y dietética clínica.* Barcelona: Masson, 2000, p. 107-117.
- ARBONÉS, G.; CARBAJAL, A.; GONZALVO, B.; GONZÁLEZ- GROSS, M.; JOYANES, M.; MARQUES-LOPES, I.; MARTÍN, M. L.; MARTÍNEZ, A.; MONTERO, P.; NÚÑEZ, C.; PUIGDUETA, I.; QUER, J.; RIVERO, M.; ROSET, M. A.; SÁNCHEZ-MUNIZ, F. J.; VAQUERO, M. P.** «Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo Salud Pública de la Sociedad Española de Nutrición (SEN)». *Nutrición Hospitalaria* (2003), nº. 18, p. 109-137. Disponible en URL:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000300001&lng=es&nrm=iso> (con acceso el 22 de junio de 2010).
- ARGIMÓN PALLÁS J.M.; JIMÉNEZ VILLA J.** *Métodos de investigación aplicados a Atención Primaria de Salud.* Ed. Doyma, Barcelona, 1991
- ARISTÓTELES.** *Naturaleza, Historia y dios* de Zubiri: *La idea de Filosofía en Aristóteles,* 1944, p. 127-138.
- ARISTÓTELES.** *De generatione animalium.* En Hª de la Ciencia de Crombie, p. 130 y Diccionario de Filosofía de Ferrater Mora, p. 229-231
- ARISTÓTELES.** *Metafísica.* Editorial Gredos, Madrid, 1998 (Trad. Calvo Martínez, T.)
- AVERROES.** En Historia de la Ciencia de Crombie, p. 106 y Dicc. De Filosofía p. 279
- AVICENA.** *Canon de medicina.* Hª de la Ciencia de Crombie, p. 149
- AVILA-FUNES JA, HELMER C, AMIEVA H, BARBERGER-GATEAU P, LE GOFF M, RITCHIE K, ET AL.** *Frilty hmong community-adwelling elderly, people in Frnace: The Trree-city estudy.* *J Gerontol A boil Sci Med Sci,* 2008; 63:1089-96.
- AVILA-FUNES JA ET AL.** *Frailty among community-dwelling elderly people in France: the Three-City Study.* *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008; 63A: 1089-96.

- BACA ET AL.** *Validación de la versión española del PRIME-ME: un procedimiento para el diagnóstico de trastornos metales en atención primaria.* Acatas Esp Psiquiatr 1999; 27:1-7.
- BACON FRANCIS.** En Hª de la Ciencia de Crombie, p. 210.
- BACON FRANCIS.** *Novum Organum Scientianum* . Traducido por F.Gallach Pales, 1933 y C.H. Balmori. Publicado en Revista Ncional de Cultura Nº 68 [mayo-Junio, 1948] pág 5-21
- BACON ROGER.** *Opus Mayus.* En Hª de la Ciencia de Crombie, p. 210
- BARNARD, A. Y SPENCER, J.** *Encyclopedia of social and cultural anthropology.* Routledge. London, 1998
- BARRACA-MAIRAL JB.** *Spanish adaptation of the Accaptance and Ation Questionnaire (AAQ).* Rev Int Psicol Ter Psicol, 2004; 4:505-16.
- BARBER J.H.; WALLIS J.B.; McKEANTINGE.** *A postal sreenig questionnaire.* J Col Gen Prat 1989; 30: 49-51
- BALL, K.; BERCH, D. B.; HELMERS, K. F.; JOBE, J. B.; LEVECK, M. D.; MARSISKE, M.; MORRIS, J. N.; REBOK, G. W.; SMITH, D. M.; TENNSTEDT, S. L.; UNVERZAGT, F. W.; WILLIS, S. L.** «Advanced -Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Study Group. Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized contro- lled trial». *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* (2002), n.o 288, p. 2271-2281
- BARBIZET, J.** «Psychophysiological mechanisms of memory». En Vinken, P. J.; Bruyn, G. W. (ed.). *Hand- book of Clinical Neurology.* Vol. 3. Amsterdam: Elsevier Science, 1969, p. 258-267.
- BARON JH (1963).** Studies of basal Peak acid output with augmented histamine test. *Gut*, 4, 136.
- BÁRCENA A, SÁNCHEZ MA.** *Fragilidad afectiva en el anciano.* Rev Esp Geriatr Gerontol 1997; 32 (NMI): 15-20.
- BAROJA P.** *El árbol de la ciencia.* Alianza Editorial, Madrid, 1967
- BASS, D.M. Y NOELKER, L.S. (1997).** Family Caregiving: A focus dor aging research and intervention. En K. ferraro (ed.): *Gerontology perspectives and issues.* New York, NY: Springer Publishing Company, 243-264.
- BASS, D.M. Y NOELKER, L.S. Y RECHLIN, L.R. (1996).** The moderating influence of service use on negative consequences. *Journal of Gerontology*, 51B (3), S121-S131.
- BAUMAN ZAYGMUNT.** *La modernidad Liquida,* Rev.Semanal, Nº X , Madrid,2017
- BAZO, M. T.** El cuidador familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: El caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. 1998. *Revista Española Geriatria y Gerontología*, 33, 49-56
- BAZTÁN, J.J.; GONZÁLES, J.I. Y DEL SER, T(1994).** Escalas de actividades de la vida diaria. En T. Del Ser y J. peña-Casanova: *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia.* Barcelona: J. R. Prous Editores, pp. 137-164.

- BAZTÁN JJ, PÉREZ DE MOLINO J, SAN CRISTÓBAL E, IZQUIERDO G, MANZARBEITA J, BARTHEL ÍNDEX:** *valid instrument for the functional assessment of patients with cerebrovascular disease*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1993; 20: 616-22
- BAZTÁN JJ, PÉREZ DEL MOLINO J, ALARCÓN T, SAN CRISTÓBAL E, IZQUIERDO G, MANZARBEITIA J.** *Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular*. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40.
- BAZTÁN, J.J.; VALERO, C.; REGALADO, P.; CARRILLO, E.** *Evaluación de la fragilidad en el anciano*. Rev Esp Geriatr Gerontol 1977; 32: 26-34.
- BRUGGES, W.** *Diccionario de Filosofía*. Heder editorial, Barcelona, 2000.
- BÉLAN, F. Y ZUNZUNEGUI, M.V.** (1995). La salud y las incapacidades funcionales. Elaboración de un modelo causal. *Revista Gerontología*, 5, 259-273.
- BELTRÁN, J. Y PASARÍN, A.** (1992). La escala de Barthel en la valoración funcional de los ancianos. *Revista Española Geriatria y Gerontología*, 27 (8), 135.
- BELLEVILLE, S.; GILBERT, B.; FONTAINE, F.; GAGNON, L.; MÉNARD, E.; GAUTHIER, S.** «Improvement of episodic memory in persons with Mild Cognitive Impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program». *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* (2006), n.o 22, p. 486-499
- BENITEZ MA, HERNÁNDEZ P, BARRETO J.** Evaluación geriátrica exhaustiva en AP: valoración de su utilidad. Atención Primaria 1994; 13 (1): 20-26.
- BENÍTEZ DEL ROSARIO MA, ESPINOSA ALMENDRO JM.** Atención al anciano: Atención Domiciliaria. Semfyc.1997. 79-99 .
- BENÍTEZ DEL ROSARIO, MIGUEL ANGEL Y OTROS:** *Cuidados Paliativos. Recomendaciones*. SemFYC. Barcelona 1.998
- BENNETT, D. A.; SCHNEIDER, J. L.; BIENIAS, D. A.; EVANS, D. A.; WILSON, R. S.** «Mild cognitive impairment is related to Alzheimer disease pathology and cerebral infarction». *Neurology* (2005), n.o 64, p. 834-841.
- BERMEJO, JOSÉ LUIS:** *Relación de ayuda en el misterio del dolor*. Ed. San Pablo. 1.996
- BROCKLEHURST JC.** The geriatric service and the day hospital. En: Brocklehurst JC , editor: Textbook of geriatric medicine and gerontology. 3a ed. Edinburg: Churchill Livingstone, 1985; 982-95.
- BENÍTEZ MA, HERNÁNDEZ P, BARRETO J.** *Evaluación geriátrica exhaustiva en atención primaria: valoración de su utilidad*. Atención Primaria 1994; 13 (1)
- BIOPSILOGÍA.NET** (2004). N6: Discapacidad – 2.2.4.4.1. Instrumentos para la valoración de la capacidad física y las actividades de la vida diaria. www.biopsicología.net/fichas/page_5282.html.
- BOYCE, J. M.; Shone, G. R.** «Effects of ageing on smell and taste». *Postgraduate Medical Journal* (2006), n.o 82, p. 239-241.

- BOBES J ET AL.** La MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview): Una familia de entrevistas de ayuda diagnóstica en Psiquiatría y Atención Primaria. En: Pixhot P editor. *Psiquiatría y otras especialidades médicas*. Madrid: Aula Médica, 1998.
- BLANCO, E.** (1998). Personas dependientes. *Minusval.*, núm. 112. Madrid: IMSERSO
- BLANES, A.; GIL, F. Y PÉREZ, J.** (1996). *Población y actividad en España: evolución y perspectivas*. Barcelona: Servicios de Estudios de la Caixa, colección e Informes, nº 5
- BURKE MM, WALSH MB.** Enfermería gerontológica. Cuidados integrales del adulto mayor. (2a ed.) Harcourt Brace: Madrid 1998.
- BRAITHWAITE RA, HEARD R, SNAPE A.** (1978) Plasma protón binding of geriatric patients – influence of alpha-1-acid glycoprotein. *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 6, 448.
- BRAITHWAITE, V.** (1992). Caregiving burden: making the concept scientifically useful and policy relevant. *Res Aging*, 14, 3-27
- BRODY EM.** Wornen in the middle and family stress. *Gerontologist* 1981; 23: 51-56
- BROTONS C, CÓRDOBA R, GÁLVEZ M.** Medidas de prevención y promoción de la salud para la población adulta asintomática. En: Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en Atención Primaria (PAPPS). V Reunión anual.SemFYC: BarBenítez MA, Hernández P, Barreto J. Evaluació geriátrica exhaustiva en atención primaria: valoración de su utilidad. *Atención Primaria* 1994; 13 (1): 20-26.
- BRUGGER WARTER.** *Diccionario de Filosofía*, Herder editorial, Barcelona, 2000.
- BUCHNER DM, WAGNER EH.** Preventing frail health. *Clin Geriatr Med*. 1992; 8: 1-7.
- BUNING ME, SCHMELER MR.** Modificación Contextual y Tecnología de Asistencia. En Willard y Spackman. *Terapia Ocupacional*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2005.
- BURNS, A.; LAWLOR, B. Y CRAIG, S.** (1999). *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. London: Martin Duniz Ltd
- CABODEVILLA ERASO, IOSU:** *Vivir y morir conscientemente*. Ed. Desclée de Bronwer. Bilbao 1.999
- CALDERÓN SANDUBETE E, COTOS CANCAS R, MARÍN LEÓN I, BRIONES PÉREZ DE LA BLANCA E, PÉREZ CANO B, GRILO REINA A.** Mapa de evidencias para el tratamiento de la angina inestable a la ca- becera del paciente. Etapa preliminar para el desarrollo de una guía de práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114 supl 2: 19-23.
- CAMACHO , T.C.; STRAWBRIDGE, W.J.; COHEN, R.D. Y KAPLAN, G.A.** (1993). Functional ability in the oldest old: Cumulative impact of risk factors from the preceding two decades. *Journal of Aging and Health*, 5, 439-454.
- CANGA A.** *Cuidadores familiares: ¿Quién cuida de ellos?* [editorial]. Gerokomos 2010; 21: 94-95.
- CANGA A., VIVAR, CG.** La familia como ámbito de cuidado en la dependencia. En: Muñoz A. editores. *El cuidado de las personas dependientes ante la crisis del estado de bienestar*. Madrid: Tirant lo Banch, 2013: 235-250.

- CANGA A.** *Experiencia de la familia cuidadora en la transición a la dependencia de un familiar anciano*. Tesis doctora, Universidad de Navarra, Diciembre 2011.
- CANGA A.** *Hacia una "familia cuidadora sostenible"*. An Sist Sanit Navar 2011; 34.
- CALDERO CASTELLANOS G, SORIANO PINAR P, PÉREZ MELERO A.** *Guía de cuidados de personas mayores*. Madrid: Síntesis, 2002.
- CAPLAN, G.** (1974) *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Neww York: Behavioral Publications
- CAPDEVILA P.** Proyecto ancianos-viejos: Detección de alto riesgo sociosanitario en el área básica de salud "Les Borges Blanques". En: Trabajo Social y Salud no 25: Zaragoza 1996.
- CARBONIN PU, BERNABEI R, ANTONELLI-INCALZI.** The care of the elderly in Europe: Liaison of social and health care. Eur. J. Gerontol. 1992; 2: 265-271.
- CASADO, D. Y LÓPEZ, G.** *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectiva de futuro*. Colección Estudios Sociales, núm. 6. Barcelona: Fundación La Caixa, 2001
- CAUSAPIÉ et al.** *Informe del gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía personas y atención a las personas en situación de dependencia*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
- CAYO FERNANDEZ DE GAMBOA Y JESÚS ARENAZA URRUTIA:** *Español 2º. Plan 1967*. Ediciones S. M., Madrid, 1968, pp 192-193
- CEFALU C.A.** Theories and mechanisms of aging. Clinics in Geriatric Medicine 2011; 27:491-507.
- CELON BENÍTEZ MA, HERNÁNDEZ P, BARRETO J.** *Evaluación geriátrica exhaustiva en atención primaria: valoración de su utilidad*. Atención Primaria 1994; 13 (1): 20-26.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS – CIS-** (1994). *Encuesta sobre el Apoyo Informa. 2ª fase*. Madrid: CIS.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS – CIS-** (1998). *Encuesta sobre la soledad en las personas mayores*. Madrid: CIS.
- CICERÓN MT.** *De senectute*. Acerca de la vejez. Madrid: Triacastela, 2001.
- CICERÓN**, citado en M. Montaigne, *The Complete Essays of Montaigne*, traducción Donald Frame, Stanford University Pres, Stanford 1965, p. 56; versión castellana: *Ensayos Completos*, 3 vols; Iberia, Barcelona 1968.
- CID, J. Y DAMIÁN, J.** (1997). Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 2 (71), 127-137.
- COBB, S.** (1976). Social support and health through the life course. En M. W. Riley (ed.): *Aging from birth to death*. Boulder, CO: Westview Press.
- COBO, P.** *El Libro Blanco. Conceptualización de la dependencia y su impacto sobre la población a proteger*. La Ley de la dependencia nuevo derecho a proteger, Claridad, 2006. 4ª Etapa: pp. 4-8
- COHEN, R. Y KENNEDY, P.** *Global Sociology*. Macmillan. London. 2000

- CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA.** Guía de Ética Médica. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Organización Médica Colegial de España (OMC). Madrid, julio de 2011.
- COLOMBE, S.; KRAMER, A. F.** «Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study». *Psychological Science* (2003), n.º 14, p. 125-130.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS**(2001). Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y social y al Comité de las Regiones: *El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera* – 05.12.2001 (COM (2001) 723 final). Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas
- COMISIÓN INTERMINISTERIAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA** (2003). *Plan Nacional de investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2004-2007. Volumen II: Áreas Prioritarias*. Madrid: Ministerio de Ciencia y Tecnología.
- COMMISSARIS, D.J.; JOLLES, J.; VERHEY, F.R., JR. Y KOK, G.J.** (1995). Problems of caregiving spouses of patients with dementia. *Patient Education and Counseling*, 25 (2), 143-149.
- CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.** Bilbao, 5 de junio de 2009.
- CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.** Sevilla, 5 junio de 2016
- CONSEJO DE EUROPA**(1998). Recomendación nº 98 (9) relativa a la dependencia, adoptada el 18 de septiembre de 1998.
- CONVATEC.** *Guía práctica para la elaboración de un protocolo de úlceras por presión*. Infotec. Departamento de información profesional de convatec. Barcelona. 1997
- CORTAJARENA I, TURRIOZ E.** Dos documentos básicos en Trabajo Social. Estudio de la aplicación del Informe y Ficha Social. Colección Trabajo Social. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid 1986.
- COUCEIRO A.** *Bioética para clínicos*. Madrid. Triacastela, 1999, pp. 327-328.
- CHORON, J.,** *Modern man and Mortality*, Macmillan, Nueva York 1964, p. 44
- CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, 10ª. Revisión.** Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor; 1992
- CRESPO D.** El envejecimiento: definiciones y teorías. En Crespo D (ed.). *Biogerontología*. Publicaciones de la Universidad de Cantabria, 2006; 13-35.
- CRUZ A.** *Historia clínica y toma de decisiones en el enfermo mayor*. En Ribera JM, Cruz A (eds.). *Geriatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica, 2002; 1-17
- CRUZ HERNÁNDEZ, M.** *La Metafísica de Avicena*. Tesis en Madrid 1949.
- CRUZ HERNÁNDEZ, M.** *Historia de la Filosofía española. Filosofía hispano-musulmana*, Tomo II, Madrid, 1957.
- CRUZ HERNÁNDEZ, M. et al.** *Milenario de Avicena*. Simposio, Madrid, mayo de 1980

CRUZ HERNÁNDEZ, M. *Averroes: Vida, obra, pensamiento e influencia, Madrid, 1986*

CRUZ-JENTOFT, A.J. (1992). Valoración pronóstica de la valoración funcional. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 27 (8), 68

CRUZ-JENTOFT, A.J. *Evaluación geriátrica: ¿a quién? ¿cuándo? ¿cómo?*. JANO 1998; 55: 16-27.

CRUZ-JENTOFT, A.J. La atención hospitalaria. En: *Clínicas Geriátricas XIV. Atención al anciano en el medio sanitario*. EDITORES MEDICOS S.A: Madrid 1998; 89-99.

CHERTKOW, H.; MASSOUD, F.; NASREDDINE, Z.; BELLE- VILLE, S.; JOANETTE, Y.; BOCTI, C.; DROLET, V.; KIRK, J.; FREEDMAN, M.; BERGMAN, H. «Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia». *Canadian Medical Association Journal* (2008), n.o 178, p. 1273-1285

CREASEY, G. L.; MYERS, B. J.; EPPERSON, M. J. Y TAYLOR, J. (1990). Couples with and elderly parent with Alzheimer's disease: Perceptions of familial relationships. *Psychiatry*, 53, 44-51.

CRIMMING, E.M.; HAYWARD, M.D. Y SAITO, I. (1996). Differentials in active life expectancy in the older population of the United States. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, S111-S120.

CHERTKOW, H.; MASSOUD, F.; NASREDDINE, Z.; BELLE-VILLE, S.; JOANETTE, Y.; BOCTI, C.; DROLET, V.; KIRK, J.; FREEDMAN, M.; BERGMAN, H. «Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia». *Canadian Medical Association Journal* (2008), n.o 178, p. 1273-1285.

CLERENCIA SIERRA M, Y COLS. *Aspectos Bioéticos*. En *Tratado de Geriátría para Residentes*. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Madrid: IM&C, 2006; 123-32.

CROMBIE A. C. : *Historia de la Ciencia: De San Agustín a Galileo/I. Siglos V-XIII*. Alianza Editorial, Madrid, 2000 (8ª Edición)

DANDONA, L. y DANDONA, R. «Revision of visual impairment definitions in the International Statistical Classification of Diseases». *BMC Medicine* (2006), n°. 4, p. 7. Disponible en URL: <<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/4/7>> (con acceso el 22 de junio de 2010).

DECÁLOGO PARA EL BUEN TRATO A LAS PERSONAS MAYORES. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Madrid. 2012. *Ética en los cuidados paliativos*. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid: Ediciones Ergon, 2006. Guía Práctica del Buen Trato a las Personas Mayores. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Madrid, 2011.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL.

Principios ético para las investigaciones médicas en seres humanos. [20/7/2011]

Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10polices/b3/17c_es.pdf.

DEFENSOR DEL PUEBLO, SEGG Y ASOCIACIÓN MULTIDISCIPLINAR

DE GERONTOLOGÍA (2000). *La atención sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo*,

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinar de Gerontología. Madrid: Portal Mayores (IMSERSO-CSIC)

DENZIN, N.K.: *Sociological methods: A sourcebook*. London, Buteerworth, 1970

DENZIN, N.K.: *The research act*. Chicago, Aldine, 1975.

DENZIN, N.K.: "Interpretative interactionism" en Morgan, G. (comps.): *Beyond method: strategies for social research*. Beverly Hills, Sage, pp. 129-146

DSM-IV-TR. *Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales*. 4 ed. (texto revisado). Barcelona: Masson; 2002

DE BEAUVOIR S. *La vejez*. Barcelona. Edhasa. 1983.

DE GREY AUBREY Y RAE MICHAEL. *El fin del envejecimiento*. Berlin: Lola Books, 2013

DE LAMATER J, KARRABER A. Sexual functioning in older adults. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11:6-11.

DE VRIES J. *Le pensée el l'e^tre*, Lovaine, 1962

DE VRIES J. *El mundo del hombre*, Madrid, 1954

DEL SER, T. Y PEÑA CASANOVA, J. (1994). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: JR Prous Editores.

DEL SER, T. *El deterioro cognitivo ligero*. Madrid: Aula. _(2004b). *Enfermedad de Alzheimer 2004. La pragmática necesaria*. Madrid, 2004

DEPARTAMENTO DE SALUD DE NAVARRA *Estrategias para el desarrollo del modelo de atención sanitaria en Navarra*. Pamplona: Gobierno de Navarra, 2012

DESCARTES: *Discurso del Método y Meditaciones metafísicas*, Traducido por M. García Morente en 1954 y Dicc. De Filosofía, p. 822-828

DICCIONARIO DE FILOSOFÍA. Walter Brugges, Heder editorial, Barcelona , 2000

DIARIO MÉDICO, IBAÑES, LAURA. DM sanidad, del 2 al 8 marzo de 2015, Madrid,

DIAZ PALACIOS ME, DOMINGUEZ O, TOYOS G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio-familiar en Atención Primaria, Trabajo y Salud. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 1993; 16:137-156

DIAZ PALACIOS M.E., DOMINGUEZ O., TOYOS G. (1994). Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio-familiar en Atención Primaria. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 1994; 29 (4), 239-245.

DIENER, E.; EMMONS, R.; LARSEN, R.J. Y GRIFFIN, S. The satisfaction With Life Scale. *Journal of personality Assessment*, 49: pp.71-75, 1985

DÍEZ MEDRANO, J.: *Métodos de análisis causal*. Madrid, Cis, Cuaderno Metodológico nº 3, 1992.

DILLON, W. R. y GOLDESTINE, M.: *Multivaría Analysis: Methods and Applications*. New York, Wiley, 1984.

DÍEZ NICOLÁS J. La población española. En: Giner S, editor. *España, sociedad y política*. Vol I. Madrid: Espasa Calpe; 1990

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUT PÚBLICA (2000). *Atenció a ancians dependents*.

Sentinilla, nº 11, Consellería de Sanitat, pp.1.

DOMINGUEZ, D. *Historia de la Filosofía*. Editorial Sal Terrae, Santander, 1953

DUNKIN, J.J. Y ANDERSON – HANLEY, C. (1998). Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51 (suppl.1), S53-S60

DURÁN PARRONDO, C., RODRÍGUEZ MORENO, C., TATO HERRERO, F.,

DURÁN, M.A. (1999). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBV.

DUKE UNIVERSITY CENTER for the Study of Aging and Human Development. Multidimensional Functional Assessment: the OARS methodology. Durham N.C.: Duke University 1978.

ESCOBAR E. *Antología Poética del siglo XIX*. Cultura clásica, Madrid, 1976

ESCUDERO, M^a.C.; LÓPEZ, I.; FERNÁNDEZ, N.; LÓPEZ, G.; IBAÑEZ, A.; GARCÍA, R. Y DELGADO, J.C. (1999). Prevalencia de incapacidad funcional no reconocida en la población mayor de 74 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34, 86-91.

ESPAÑA. CORTES GENERALES (1995). Ley Orgánica 10/1995, del 23 de Noviembre. Código Penal.

(2000). Ley 1/2000, de 7 de Enero. *Enjuiciamiento Civil*.

(2002). Ley 41/2002, de 14 de Noviembre. *Autonomía del Paciente*.

(2006). Ley 39/2006, de 14 de Diciembre. *Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia*.

(2011). Real Decreto 175/2011. *Criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios*.

(2011). Ley 33/2011, de 4 de octubre. *General de Salud Pública*.

(2013). Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de Noviembre. *Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con discapacidad y de su inclusión social*.

(2015) Real Decreto, de 24 de julio de 1889. Última modificación 06 de octubre de 2015. *Código Civil*.

ESPEJO, B. ; LÓPEZ, M.T. Y VEGA, T. Para comprender el ocio. Publicado en el libro editado por Fernando Gil. *Colección para Leer, comprender, vivir*; 68, pp-102-106. Editorial Verbo Divino. Navarra, 1998.

ESTADÍSTICANAVARRA: <http://www.navarra.es/GN.Instituto-Estadistica.Web/informaciónestadistica.aspx?R=1&E=1>:

ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2012.

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SISTEMANACIONAL DE LA SALUD. En el marco del abordaje de la cronicidad

en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 18 de diciembre de 2013.

- EUROSTAT** (1999). *European Community Household Panel*. Bruxelles: European Communities.
- EUROSTAT** (2003). *Feasibility study – Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union*. Working Papers and Study. Luxembourg: Office for official Publications of the European Communities.
- FAMILY CAREGIVER ALLIANCE**. (2000). *California's Caregiver Resource Center System Annual Report Fiscal Year 1999-2000*. San Francisco, CA: Family Caregiver Alliance.
- FAMILY CAREGIVER ALLIANCE** (2001). *Fact Sheet: Selected Caregiver Statistics*. San Francisco, CA: Family Caregiver Alliance.
- FAMILY CAREGIVER ALLIANCE**. (2003) *Fact Sheet: Women and Caregiving: Facts and Figures*. San Francisco, Ca: Family Caregiver Alliance. 2003
- FAMILY CAREGIVER ALLIANCE**. (2006) Caregiver assessment: Principles, guidelines and strategies for change. Informe sobre la National Consensus Development Conference (Vol. I). San Francisco: Family Caregiver Alliance, 2006.
- FEMIA, E.E.; ZARIT, S.H. Y JOHANSSON, B.** (1997). Predicting change in activities of daily living: a longitudinal study of the oldest old in Sweden. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 6 (52B), 294-302
- FEMIA, E.E.; ZARIT, S.H. Y JOHANSSON, B.** (2001). The disablement process in very late life: a study of the oldest-old in Sweden. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 1 (56B), 13-23
- FEINSTEIN A.** *The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease*. L Fernández Fernández M, Solano Jaurrieta JJ. Niveles asistenciales en Geriátría. En Gil P (ed.). Manual del residente de Geriátría. Madrid: Editorial Ene life, 2012; 83-7.
- FERNÁNDEZ MI, MONTORIO I, DÍAZ P.** Cuando las personas mayores necesitan cuidarse. Guía para cuidadores y familiares. Vol 1: *Cuidarse y cuidar mejor*. Vol. 2: Resolviendo problemas difíciles. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1997.
- FERNÁNDEZ, J.N.** (2002). Resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. En *Jornadas técnicas sobre Dependencia: nuevo reto de la política social*. Logroño: Consejería de salud y Servicios Sociales, Dirección General de Servicios Sociales.
- FERNÁNDEZ, J.A.** (1998). *Proyección de la población española*. FEDEA: Documento de trabajo 98-11.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. Y DíEZ, J.** (2001). *Libro Blanco sobre la Enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*. Vol. I y II. Madrid: Caja MADRID Obra Social.
- FERRATER MORA, J.** *El ser y la muerte*. “Bosquejo de filosofía integracionista”, 1962, p. 127.
- FERRATER MORA, J.** Diccionario de Filosofía. Círculo de Lectores, Barcelona, 1994
- FERRI FB.** Fisiología del envejecimiento. En Wachtel TJ, Fretwell MD (eds.). *La asistencia del paciente geriátrico*. Amsterdam: Elsevier, 2008; 1-7.

- FERRUCCI L, GURALNICK M, STUDENSKI S, FRIED L, CUTLER GB, WATTSON JD.** Fort he Interventions con Frailty Workng Group. *J am Geriatr Soc.* 2004; 52: 625-34.
- FESTINGER, L. Y KATZ, D.:** *Los métodos de investigación en las ciencias sociales.* Buenos Aires, Paidós, 1972.
- FICHTER J. H.** *Integración sociocultural de Sociología,* Herder, Barcelona, 1979, p. 413-434
- FILLENBAUM G.** *Multidimensional functional assessment of older adults.* The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Nueva Jersey Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates 1988.
- FINCH EJ, RAMSAY R, KATONA, CLE.** Depression and physical illness in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 275-287.
- FINGERMAN, K. L.; PITZER, L.** «Socialization in old age». En Grusec, J. E.; Hastings, P. D. (ed.). *Handbook of Socialization: Theory and Research.* Nueva York: Guilford Press, 2007, p. 232-256.
- FOENKINOS, D.** *Los recuerdos.* Seix Barral, Barcelona, 2012
- FOLSTEIN, MF.; FOLSTEIN SE, MC. y HUGH, P.R.** Mini-mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.
- FLISTEAD, W.J.:** “Una experiencia necesaria en la investigación evaluative”. En Cook, T. D. y Reichart, Ch.S. (comps.): *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluative.* Madrid, Ediciones Morata, 1986, pp. 59-79.
- FLOYD, M.; SCOGIN, F.** «Effects of memory training on the subjective memory functioning and mental health of older adults: a meta-analysis». *Psychology and Aging* (1997), n.o 12, p. 150-161.
- FLÓREZ LOZANO, JOSÉ ANTONIO.** *El trabajador ante la jubilación: el estrés y el envejecimiento.* Revista Seguridad, nº 134, Avilés, 1996.
- FLÓREZ LOZANO, JOSÉ ANTONIO** (1996). *Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales.* Editorial Edikamed.
- FLÓREZ LOZANO, JOSÉ ANTONIO.** (2004) El estrés familiar ante la enfermedad de Alzheimer: Síndrome del cuidador. Curso de Verano de la Universidad de Cantabria: *Familia, Sociedad y enfermedad de Alzheimer: Actuación ética integral y nuevos dispositivos.* Cantabria.
- FRATIGLIONI, L.; WANG, H. X.; ERICSSON, K.; MAYTAN, M.; WINBLAD, B.** «Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study». *The Lancet* (2000), n.o 355, p. 1315-1319.
- FRENCH, J. R.:** “Experimentos en contextos de campo”. en Festinger, l y katz, D. (comps.): *Los métodos de investigación en las ciencias sociales.* Buenos aires, Paidós, 1972, pp.104-136.
- FREUD, A.** *Thoughts for the Times on War and Death,* vol XIV en *Standar Edition,* Hogarth Press, Londres 1957; (publicado originalmete 1951), p. 291; version castella: *Consideraciones de actualidad sobre la Guerra y la muerte, en Obras Completas,* vol. 2, Biblioteca Nueva, Madrid 1973, p. 290.

- FREUD, A.** *The Ego and the Id*, vol. XIX; *Standard Edition*, Hogarth Press, Londres 1961; (Publicada originalmente 1920), p. 1-64; version castellana: *El yo y el ello*, en *Obras completas*, vol. 2, p. 58 ss.
- FREUD, A.** *Obras Completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973
- FREUD, A.** *Yo y los mecanismos de defense*, martínez de Murguía, Madrid, 1976
- FRIED LP ET AL.** Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci.* 2001; 56A: M146-M156.
- FRIED LP ET AL.** Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *J Gerontol Med Sci.* 2004; 59: 255-63.
- FRIED LP, TANGEN CM, WALSTON J ET AL.** *Frailty in older adults: Evidence for phenotype.* *J Gerontol* 2001; 56A(3): 146-156.
- FUDEN (FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERIA).** Guía de Diagnósticos de enfermeros en Atención primaria. Madrid 2003.
- FUNDACIÓN PFIZER** (2001). *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España*. Previsión al año 2010. Madrid: Fundación Pfizer.
- FUNDACIÓN GENERAL CSIC.** *Informe de la I+D+i sobre envejecimiento*. Madrid, 2010.
- GABINETE DE PRENSA DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES** (2004). “Comparecencia de Amparo Valcarce en el Senado: el 22% de los mayores viven completamente solos”. 1 de octubre de 2004. <http://www.tt.mtas.es/perioridico/>.
- GARCÉS J. (2000).** *La nueva sostenibilidad social*. Barcelona: Ariel.
- GARCÉS, J.; RÓDENAS, F. Y SANJOSÉ, V.** (2003). Towards a new welfare state: the social sustainability principle and health care strategies. *Health Policy*, 65, 201-215.
- GARCÍA JA, MUÑOZ C, RIBERA JM.** *Valoración geriátrica en Atención Primaria*. *JANO* 1997; 52: 45-54.
- GARCÍA JV, DÍAZ E, SALAMEA A, CABRERA D, MENÉNDEZ A, FERNÁNDEZ A, ACEBAL V.** *Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano*. *Atención Primaria* 1999; 23 (7): 434-440.
- GARCIA FERNANDO, M.** “La sociología. ¿Una ciencia multiparadigmática?”. En Jiménez Blanco, J.J. y Moya, C., (comps.): *Teoría sociológica contemporánea*. Madrid, Tecnos, 1978
- GARCIA FERNANDO, M.**: *Sobre el método. Filosofía e investigación empírica*. Madrid, CIS, 1979.
- GARCIA FERNANDO, M.**: *Socioestadística: Introducción a la estadística en sociología*. Madrid, alianza, 1985.
- GARCIA FERNANDO, M.**: “La encuesta”. En García Fernando, M. Et al. (comps.): *El análisis de la realidad social*. Madrid, alianza Universitaria, 1989, pp. 141-170.
- GARCIA FERNANDO, M.**: “La encuesta a debate: Límites y posibilidades”. En Latiesa, M. (comps.): *El pluralismo metodológico en la investigación social: ensayos típicos*. Granada, Universidad de Granada, 1991.

- GARCÍA F, REGATO P, ALVAREZ M, GORROÑOGOITIA A.** *Actividades preventivas y de promoción de la salud en los ancianos.* En: *Atención al anciano.* SemFYC 1997; 49-77.
- GARCIA FERNANDO, M.; IÁÑEZ, J. Y ALVIRA, F.:** *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social.* Madrid alianza, 1994.
- GARCIA-MONTALVO, J.I.; RODRÍGUEZ, L. Y RUIPÉREZ, I.** Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 27, 129-133
- GARCÍA RUIZ A, ARRIZABALAGA ECHEGOENA I, YANGUAS LEZAUN E, GARCÍA CAMPAYO J. CARÍÑENA LEZAUN A.** *Curso Manejo de la ansiedad en Atención Primaria.* Plan Docente , Departamento de salud Gobierno de Navarra 2005; Pamplona
- GARCÍA JV, DÍAZ E, SALAMEA A, CABRERA D, MENÉNDEZ A, FERNÁNDEZ A, ACEBAL V.** *Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano.* *Atención Primaria* 1999; 23 (7): 434-440.
- GARCÍA F, REGATO P, ALVAREZ M, GORROÑOGOITIA A.** Actividades preventivas y de promoción de la salud en los ancianos. En: *Atención al anciano.* SemFYC 1997; 49-77.
- GARCÍA JA, MUÑOZ C, RIBERA JM.** *Valoración geriátrica en Atención Primaria.* JANO 1997; 52: 45-54.
- GARCÍA DÍAZ, MIGUEL ÁNGEL** (2004). «Envejecimiento de la población, crecimiento económico y pensiones públicas en España»; *Información Comercial Española*, nº 815, mayo-junio 2004 ; p. 175-183, Madrid, 2004.
- GARRIDO, A y ÁLVARO, J. L.:** *Técnicas de análisis estadístico en ciencias sociales.* Madrid, Universidad Complutense, 1993.
- GUILLÉN ESTANY, MONTSERRAT Y ALBARRÁN, IRENE** «Longevidad y dependencia en España: consecuencias sociales y económicas»; Fundación BBVA, Bilbao, 2006
- GAUGLER, J.E.; DAVEY, A.; PEARLIN, L. I. Y ZARIT, S. H.** (2000b). Modelong Caregiver Adaptation Over Time: The Longitudinal Impact of Behavior Problems. *Psychology and aging*, 3 (15), 437-450.
- GAUGLER, J.E.; ZARIT, S. H.; PEARLIN, L. I.** (1999). Caregiving and institutionization: perceptions of family conflict and socioemotional support. *Int'l. J. Aging and Human Development*, 49 (1)1-25.
- GAUGLER, J.E.; LEITSCH, S.A.; ZARIT, S. H.; PEARLIN, L. I.** (2000c). Caregiver involvement Following Institutionalization: Effects of Preplacement Stress. *Research on Aging*, 4 (22), 337-359.
- GEDA, Y. E.; ROBERTS, R.; KNOPMAN, D.; PANKRATZ, V. S.; CHRISTIANSON, T.; BOEVE, B.; IVNIK, R.; TANGALOS, E. G.; ROCCA, W.; PETERSEN, R.; ROCHESTER, M. N.** *Cognitive Activities Are Associated with Decreased Risk of Mild Cognitive Impairment: The Mayo Clinic Population-Based Study of Aging* (estudio presentado en la 61a Reunión Anual de la Academia Americana de Neurología en Seattle, 25 de abril – 2 de mayo de 2009).

- GIBSON, Q.:** *La lógica de la investigación social*. Madrid, Tecnos, 1982.
- GIDDENS, A.:** *New rules of sociological method*. London, Hutchinsons, 1982
- GIDDENS, A.:** *Las nuevas reglas del método sociológico*. Buenos aires, Amorrortu, 1987.
- GIDDENS, A.:** *Social theory and modern sociology*. Oxford, Polity Press, 1987.
- GIDDENS, A.:** *Sociología*. Madrid, Alianza, 1991.
- GUILLÉN LLERA F, PÉREZ DEL MOLINO MARTÍN J.** Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Ediciones Mas- son, 2001.
- GINER, S.:** *El progreso de la conciencia sociológica*. Barcelona, Península, 1974.
- GINER, S.:** *Sociología*. Barcelona, Península, 1979.
- GINER, S.:** *Historia del pensamiento social*. Barcelona, Ariel, 1990.
- GINER, S. Y MORENO, L.:** *La sociología en España*. Madrid, CSIC., 1990
- GIRAUDOUX, J.** Citado en *The Meaning of Death*, ed. H. Feifel, McGraw-Hill, Nueva York 1965, p. 124.
- GÓMEZ ARBOLEYA, E.** (1958): "Sociología en España". *Revista de Estudios Políticos*, 98, pp.47-83
- GÓMEZ-BUSTO, F.; RUIZ DE ALEGRÍA, K; MARTÍN, A.; SAN JORGE, B. Y LETONA, J.** (1999) Perfil del cuidador, carga familiar y severidad de la demencia en tres ámbitos: domicilio, centro de día y residencia de válidos. *Revista Española Geriatría y Gerontología*, 34 (3), 141-149.
- GÓMEZ BATISTE, X:** *Cuidados paliativos en Oncología*. Ed. JIMS 1996
- GÓMEZ LAVIN C. y ZAPATA GARCÍA RICARDO.** *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. Ediciones Eunate, Navarra, 2000.
- GÓMEZ PAVÓN, J.** *Asistencia al final de la vida*. En: López A. Formiga F, Ruiz D, Duaso E, editors. *Clínicas en geriatría hospitalaria*. Barcelona: Elsevier; 2006. P. 171-90.
- GÓMEZ SANCHO, MARCOS (ed):** *Cómo dar malas noticias en medicina*. Ed. Grupo AulaMédica. Madrid 1.996
- GÓMEZ REDONDO, ROSA.** «La mortalidad en España durante la segunda mitad del siglo XX: evolución y cambios»; *Papeles de Economía Española*, número 104, Madrid, 2005
- GONZÁLEZ-MONTALVO JI, BAZTÁN JJ, RODRÍGUEZ-MAÑAS L.** *Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad*. Med Clin (Barc.) 1994; 103:441-4.
- GONZÁLEZ BARÓN, M:** *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Ed. Médica Panamericana. Madrid 1996
- GONZALEZ BLASCO, P.** (1989): "Medir en las ciencias sociales". En García Ferrando et al. (comps.): *El análisis de la realidad social*. Madrid, Alianza, pp. 245-273.
- GONZÁLEZ-MALDONADO, R.** *El extraño caso del Dr. Alzheimer (del olvido a la demencia)*. Granada: Grupo Editorial Universitario, 2000.
- GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, B.** (1995): " Técnicas de análisis documental: recopilación

documental y análisis de contenidos”. *Sociología: temas de materias sociales*. MAP. Madrid. Consejo Superior de Administradores Civiles del Estado, pp. 120-164.

GONZÁLEZ-MONTALVO J.L., RODRÍGUEZ-MANAS I., RUIPÉREZ CANTERA I. Valoración del cuestionario de Pfeiffer y la esclada de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de Geriátrías. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992; 27: 129-133

GONZÁLEZ JI, SALGADO A. Manejo del paciente anciano en Atención Primaria. Líneas guía. *Atención Primaria* 1992; 9 (4): 219-226.

GONZÁLEZ -MONTALVO J.I., SALGADO ALBA A. Evaluación de la calidad de vida: una nueva dimensión de la valoración geriátrica integral. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30: 9-16

GONZÁLEZ, J.I.; ALARCÓN, M.T. y SALGADO ALBA, A. Valoración del estado mental en el anciano. En: *Valoración del paciente anciano*. MASSONS.A.: Barcelona 1993; 73-103.

GONZÁLEZ JI, SALGADO A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. *Atención Primaria* 1992; 9 (4): 219-226.

GORRI, A.: “La evolución psicológica de la Inteligencia. Una aproximación al Ciclo Vital”. *Revista Notas y estudios de Ciencias de la Educación, Psicología y Filosofía* – U.N.E.D, pp. 94-112. 1990.

GORRI, A.: “El desarrollo intelectual y los factores psicosociales: un binomio permanentemente interactivo”. *Rev. Notas y estudios de Ciencias de la Educación*. UNED, pp.110-134, 1992.

GORRI, A.: “La Inteligencia Humana. Perspectivas para una Intervención Psicosocial”. *Rev. UNED, Serie Lecciones*, pp. 31 – 61, 1993.

GORRI, A.: “Las Ciencias Sociales: una contribución fundamental”. *Rev. Estudios de Deusto*, Vol. 41/2. Julio-Diciembre. Bilbao. Univ. Deusto, pp. 193-215, 1993.

GORRI, A.: “La Intervención psicosocial en la Acción Social: un ámbito representativo de la vocación aplicada de la psicología”. *Rev. Estudios de Pedagogía y Psicología*, 5, UNED, pp. 151 – 171, 1993.

GORRI, A.: “La Psicología de la Inteligencia y sus implicaciones interventivas en Política Social y Servicios Sociales”. *Revista Huarte de S. Juan*. UPNa, Fac. Ciencias Humanas y Sociales Dpto. de Psicología y Pedagogía, Nº1, pp. 211 – 257, 1995.

GORRI, A.: *La Intervención Psicológica en Política Social y Servicios Sociales*, 507 págs. Ed. Libertarias Prodhufi. Madrid. I.S.B.N. 84-7954-277-2, 1995.

GORRI, A.: “Servicios Sociales y Psicología. Perspectivas para una Intervención psicosocial”. En: J.V. Zaragoza; C. Ochando; F. Perelló; Mª E. González; A. Gorri; I. De la Cruz; A. Merelles; A.M. Sánchez; y, J.L. Ulizarna: *SERVICIOS SOCIALES E INTERDISCIPLINARIEDAD*. Valencia. Setimig, pp. 99-128. ISBN: 84-95043-61-0, 2000.

GORRI, A.: “Los factores psicosociales de la salud: una vía sugestiva para la investigación e intervención desde el ámbito universitario” En, J. Fernandez del Valle; J. Herrero y Amaia Bravo: *Intervención psicosocial y comunitaria*. Madrid. Ed.

Biblioteca Nueva, pags. 351-360, 2000.

GORRI, A.: "The Psychosocial perspective of/in the health: an essential factor for curricula of Bio-Ethical Education in Medical Schools". En, International Conference: *Ethics Education in Medical Schools*. EILAT. ISRAEL. February, 2000

GORRI, A. (COORD.); LARA, R.; IDOATE, V.; ALENZA, J.F. y GALILEA, P. Comunidad Foral de Navarra. En C. Alemán, J. Garcés y A. Gutiérrez (coord): *Políticas sociales en la España de las Autonomías. Tomo II*. Madrid: Escuela Libre Editorial, pp. 1.439-1.784. 2003.

GORRI, A. (COORD.); LARA, R.; IDOATE, V.; ALENZA, J.F. y GALILEA, P.: *Sistemas de Bienestar Social en Navarra (1990-199): Servicios Sociales, Salud, Trabajo, Vivienda y Justicia*. Universidad Pública de Navarra y Gobierno de Navarra, 2003.

GORRI, A.: *La Educación como Sistema de Bienestar Social* L. 579 págs. Ed. Universidad Pública de Navarra- Gobierno de Navarra . I.S.B.N. 84-9769-062-1, 2004.

GORRI, A.: "La Educación como Sistema de Bienestar Social: un elemento clave para la construcción de la Europa de los Pueblos y de las Culturas". En, R. García, A. Fdez. González, M.D. Losada y M. Goluboff (2005) (COMPs): *Psicología Ambiental, Comunitaria y de la Educación*, pp. 463ss.. Madrid: Biblioteca Nueva, V. 5 de Psicología Social y Problemas Sociales. ISBN 84-9742-454-9, 2005.

GORRI, A. "La Educación Psico-Social: una dimensión esencial para la enseñanza del Trabajo Social en el nuevo espacio europeo de educación superior". Rev: *Acciones e Investigaciones Sociales*. Escuela Universitaria de Estudios Sociales. Universidad de Zaragoza, pp. 272-285. ISSN:1132-192X, 2006

GORRI, A. "Dinâmica social e mudança desde la óptica psicosocial: una consecuencia de/para nuestro tiempo". Rev. *Lusíada*, Psicología, I Serie, Nº 3 (2006), pp. 207-227. Universidade Lusíada. Porto. ISSN 1645-8818, (2006b).

GORRI, A. :"Política Social y Educación". En, C. Alemán y T. Fernández: *Política Social y Estado de Bienestar*. Valencia. Tirant lo Blanch pp. 319-367. ISBN: 84-8456-645-5, (2006c)

GORRI, A.: "Perspectivas psicosociales de la psicología de la inteligencia y psicología cognitiva. Un estudio teórico, empírico y comparado orientado a la Educación en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior". X Congreso Nacional de Psicología Social: *Un encuentro de perspectivas*. Universidad de Cádiz. Departamento de Psicología Social. 26-28 Septiembre 07, pp. 1226-1236. CD: ISBN: 978-84-608-0616-5, 2007.

GORRI, A.: "El largo y sugestivo camino hacia el Espacio Europeo de Educación Superior". En, *Una Europa Social y Plural*. Universidad de Granada. ISBN: 978-84-693-8665-1. Depósito Legal: GR 4971-2010 PDF, nº 174, 2010 .

GORRI, A.: "Política Social y Educación". En, C. Alemán (2ª Edición): *Políticas Sociales*, pp. 291-342. Cívitas. Thomson Reuters. Ed. Aranzadi. Cizur Menor. ISBN: 978-84-470-4255-5, 2013.

GORRI, A.: "La Interrelación Trabajo Social y Psicología: una vía relevante y fructífera para los tiempos posthegemónicos". En, CEISAL, Salamanca, 2016.

GUÍA DE ATENCIÓN AL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA. Semfyc 2008.

- GINSBERG TB.** Aging and sexuality. *Med Clin North Am* 2006; 90:1.025-36.
- GLASS, G. V. Y STANLEY, J.C.: (1974)** *Métodos estadísticos aplicados a las ciencias sociales*. Madrid, Prentice Hall International.
- GRACIA, E.; HERRERO, J. Y MUSITU, G. (1995).** *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
- GRAWITZ, M. (1984):** *Métodos y técnicas en las ciencias sociales*. Barcelona, Hispano Europea.
- GREENWOOD, P. M.** «The frontal aging hypothesis evaluated». *Journal of the International Neuropsychological Society* (2000), n.o. 6, p. 705-726.
- GRUNDY, E. y GLASER, K.** Sociodemographic in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study. *Age and Ageing*, 29, 149-157, 2000.
- GRUPO DE ESTUDIO DE DEMENCIAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA.** *El médico de familia y la demencia*. Guía de actuación. Madrid: Ergón, 1993.
- GUDEX, C. y LAFORTUNE, G.** *An inventory of health and disability-related surveys in OECD countries- DEELSA/ELSA/WD (2000)* 5- occasional papers no. 44. Labour market and social policy. Paris: OECD, 2000
- GÜNTHER, V. K.; SCHÄFER, P.; HOLZNER, B. J.; KEMMLER, G. W.** «Long-term improvements in cognitive performance through computer-assisted cognitive training: a pilot study in a residential home for older people». *Aging & Mental Health* (2003), N°. 7, p. 200-206.
- HABERMAS, J.: Theory and practice.** London, Heinemann. 1974
- HAMILTON M.** *The assessment of anxiety status by rating*. *Br Med Psychol* 1959; 32: 50-55
- HAYLER AM, HOLT DW(1983)** Effects of age on plasma protein binding of disopyramide. *Br. J. clin. Pharmacol.*, 15, 605.
- HEGEL .** *Fenomenología del espíritu*, México, 1966
- HEIDEGGER, M.** *Sein und Zeit* , 1927. Traducción castellana: *El ser y el Tiempo*, Herder, editorial, Barcelona, 1962
- HEIDEGGER, M.** *Being and Time*, Harper & Row, Nueva York, 1962, p. 210-24; version castellana: *El ser y el tiempo*, F.C.E., México 1974.
- HEIDEGGER, M.,** *Being and Time*, Harper & Row, Nueva York, 1962, p. 105; version castellana: *El ser y el tiempo*, F.C.E. , México, 1974
- HEMINGWAY, E.,** *The Old Man and the Sea*, Charles Scribner, Nueva York 1961; versión castellana: *El Viejo y el mar*, Planeta, Barcelona 1980.
- HEMPEL, C. G. (1979):** *La explicación científica. Estudio sobre la filosofía de la ciencia*. Buenos Aires, Paidós.
- HEMPEL, C. G. (1988):** *Fundamentos de la formación de conceptos en ciencias empíricas*. Madrid, Alianza
- HEYN, P.; ABREU, B. C.; OTTENBACHER, K. J.** «The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis». *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (2004), n.o 85, p. 1694-1704.

- HERNÁNDEZ.** *Que tus alimentos sean tu medicina.* Barcelona; Integral. 2003
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R et al.** (1991): *Metodología de la investigación.* México, McGraw Hill.
- HERRERO Velasco L.** Monografía de la serie Newsletter Psiquiatría. Hoechst Ibérica, S.A. Barcelona, 1985.
- HICKSON, M.** «Malnutrition and ageing». *Postgraduate Medicine Journal* (2006), n.o 82, p. 2-8.
- IBÁÑEZ, J.** (1979): *Más allá de la sociología.* Madrid, Siglo XXI.
- IBÁÑEZ, J.** (1985a): *Del algoritmo al sujeto: perspectiva de la investigación social.* Madrid, Siglo XXI.
- IBÁÑEZ, J.** (1985b): “Análisis sociológico de textos o discurso”. *Revista Internacional de Sociología*, 43, pp. 119-160.
- IBÁÑEZ, J.** (1985c): “Las medidas de la sociedad”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 29, pp. 85-127
- IBÁÑEZ, J.** (1989): “Perspectivas de la investigación social: el diseño en la perspectiva estructural”. En García Ferrando M. et al. (comps.): *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de la investigación.* Madrid, alianza, pp. 49-84.
- IBÁÑEZ, J.** (comps.) 1992: *Las ciencias sociales en España: historia inmediata, crítica y perspectivas.* Madrid, Universidad Complutense.
- IMPACTO SOCIO SANITARIO DE LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS EN ESPAÑA.** Informe FEEN. Fundación Española de enfermedades neurológicas 2006: 7-36.
- IMSERSO** (1993). *Plan Gerontológico Nacional.* Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales, IMSERSO
- IMSERSO/ FEMP** (1998). *Evolución u extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España.* Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- IMSERSO** (1999). *La protección social de la dependencia.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- IMSERSO.** (2002). *Las personas mayores en España. Informe 2002: Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas.* Vol. I. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Observatorio de Personas Mayores.
- IMSERSO.** *II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007.* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales, IMSERSO. Madrid. 2003.
- IMSERSO** (2004). *Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España. Avance de resultados: informe descriptivo.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales, IMSERSO.
- INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO)** (2005a). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles.* Madrid: IMSERSO.

- Instituto Navarro de Bienestar Social: **Catálogo de Prestaciones y Servicios**
- Instituto Nacional de la Seguridad Social: **Prestaciones**
- Instituto Navarro de la Mujer: **Folletos informativos**

IMSERSO . *Libro Blanco de la Dependencia*. Madrid: IMSERSO, 2005b

IMSERSO. (2006). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales y Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.

IMSERSO. *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Madrid: IMSERSO, 2007

IMSERSO. *Las personas mayores en España. Informe 2008. Tomo I: Datos estadísticos estatales*. Colección Documentos. Serie Documentos Estadísticos. Madrid, 2009.

I.N.B.S. Catálogo de Prestaciones y Servicios. Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, deporte y Juventud: Pamplona 1997

INE: Instituto Nacional de Estadística (1991). *Censo de Población y Viviendas*. Madrid: INE.

INE. *Censo de Población y Viviendas*. Madrid: INE. 2001

INE. (2002). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. 1999, Resultados detallados*. Madrid: INE.

INE. (2004^a). Panel de Hogares de la Unión Europea 1994-1999. www.ine.es

INE. (2004b). Cifras de población. Madrid: INE.

INE. (2005). Encuesta Nacional de Salud 2003. Disponible en

<http://www.ine.es/unebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp419&O=inebase&N=&L=>

INE. *Encuesta Nacional de Salud*. Año 2006. Database, 2008.

INE. *Estructura del gasto total por grupos de edad, según sexo*. Encuesta de Presupuestos Familiares. Base 2006. Madrid, 2009

INE. *Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos*. Año 2009. Datos provisionales. Nota de prensa. 2010

INE. *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia*. Madrid: INE. 2008

INE. Padrón Municipal de Habitantes 2011. Madrid: INE. 2012

INSALUD. Líneas para la elaboración de un Programa. Dirección de Atención Primaria. Palencia 1993

INSALUD. (1995). *Criterios de ordenación de Servicios para la atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid.

INSALUD. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Instituto Nacional de la Salud: Madrid 1996.

INSERSO (1990). *Ayuda a domicilio*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales, INSERSO.

INSERSO (1995). *Cuidados en la vejez*. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO

- INSERSO.; ISACH, M.; IZQUIERDO, G.** (2000) Valoración social en el anciano. En: *Valoración del paciente anciano*. MASSONS.A.: Barcelona 1993; 105-124.
- INSTITUTO OF MEDICINE** (1986). *Improving quality of care in Nursing Homes*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION (IPA).** (2002) *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack*. International Psychogeriatric Association.
- INVESTIGADORES DE LA UNIVERSIDAD DE BOSTON.** “Somos lo que comemos”, emitido por el programa Redes de RTVE. Capítulo nº 316. Recuperado el 30 de septiembre de 2014 de <http://www.youtube.com/watch?v=HfXq-X4gVhQ>
- ISACH M, IZQUIERDO G.** Valoración social en el anciano. En: Valoración del paciente anciano. MASSONS.A.: Barcelona 1993; 105-124.
- IRÁIZOZ I.** Valoración geriátrica integral (II). Evaluación nutricional y mental en el anciano. En: ANALES Sis San Navarra 1999; 22 (Supl. 1): 51-69.
- IZAL, M. y MONTORIO, I.** (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente. En T. del Ser y J. Peña Casanova (eds.): *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous, pp. 201-222
- IZQUIERDO G, ISACH M.** Valoración médica del paciente anciano. En: Valoración del paciente anciano. MASSONS.A.: Barcelona 1993; 19-45.
- JACOBZONE, S.; CAMBOIS, E.; CHAPLAIN, E. Y ROBINE, J.M.** (1999). *The health of older persons in OECD countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing?*- *occasional Papers nº 37*. OECD: Labour Market and Social Policy.
- JAMES, W.** *Principles of Psychology*. Nueva York: Holt, 1890.
- JAMES E. SPAR, MD. , ASENATH LA RUE, PH.D.** *Guía de psiquiatría geriátrica*. Navartis. Editores médicos, Barcelona, Madrid, 1999.
- JAMIESON, A.** (1991). Home care provision and allocation. en A. Jamieson (eds): *Home care for older people in Europe. A comparison of policies and practices*. New York: Oxford University Press.
- JASPERS, K.** Citado en j. Choron, *Death and Western Thought*, Collier Books, Nueva York 1963, p. 226.
- JENSON, J. y JACOBZONE, S.** (2000). *Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers*. Labour Market and Social Policy- *occasional Papers nº 41*. Paris: OECD; Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs; Employment, Labour and Social Affairs Committee.
- JICK, T. D.** (1979): “Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action”. *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 602-611.
- JIMÉNEZ, A. y HUETE, A.** (2002). *La discapacidad en España: datos epidemiológicos. Aproximación desde la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- JIMÉNEZ, A.** (2004). Perfiles de dependencia de la población española y necesidades de

cuidados de larga duración: Anexos estadísticos. En J. Sánchez: *Libro Verde sobre la Dependencia en España*. Madrid: Ergón.

J.M.J. Derecho a morir dignamente (DMD). *Revista* n° 68/2015. Navarra 2015

JOHNS HOPKINS MEDICINE. «How high blood pressure can affect your memory?». *Health Alerts: Hypertension and Stroke* (21 octubre 2008). Disponible en URL: <www.johnshopkinshealthalerts.com/alerts/hypertension_stroke/JohnsHopkinsHealthAlertsHypertensionStroke_2690-1.html> (con acceso el 22 de junio de 2010).

JOHNS HOPKINS MEDICINE. «Healthy fats that help the heart can also help the mind». *Health Alerts* (17 de abril de 2006).

JUNCOS-RABADÁN, O.; FACAL, D.; ÁLVAREZ, M.; RODRÍGUEZ, M. S. «El fenómeno de la punta de la lengua en el proceso de envejecimiento». *Psicothema* (2006), n.o 18, p. 501-506. Disponible en URL:

<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72718326>> (con acceso el 22 de junio de 2010).

JUNG C.G. *Yo soy el Inscosnciente*. Miracle, Barcelona, 1964

JURADO, M.B.; ROSELLI, M. «The elusive nature of executive functions: a review of our current understanding». *Neuropsychology Review* (2007), n.o 17, p. 213-233

KALISCH, T.; TEGENTHOFF, M.; DINSE, H.R. «Improvement of sensorimotor functions in old age by passive sensory stimulation». *Clinical Interventions in Aging* (2008), n.o 3, p. 673-690. Disponible en URL: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2682400/?tool=pmcentrez>> (con acceso el 22 de junio de 2010).

KAPLAN GA, STRAWBRIDGE WJ, CAMACHO T, COHEN RD. Factors associated with change in physical functioning in the elderly: A six years prospective study. *Journal of Aging an Health*, 5 140-153; 1993.

KAPLAN, A. (1964): *The conduct of onquiry*. San Francisco, Chandle.

KASPER, J.D. y SHORE, A.D. (1994). Cognitive impairment and problem behaviors as risks factor for institutionalization. *The Journal of Applied Gerontology*, 13, 371-385.

KASTENBAUM, R. y AISENBERG, R. *Psychology of Death*, Springer, Nueva York, 1972, p. 44

KAUFMANN, F. (1986): *Metodología de las ciencias sociales*. México, FCE.

KATZ, A. H. (1993). *Self-help in America: A Social movement perspective*. Nueva York: Twayne.

KATZ, A. H. Y BENDER, E.T. (1976) *the strength in us: Self-help groups in the modern World*. Nueva York: New viewpoint.

in the aged. The index of ADL: *a standardized measure of biological and psychosocial function*. *JAMA*, 185: 914-919.

KAZANTZAKIS, N. *Report to Greco*, trad. P.A. Bien, Simon & Schuster, Nueva York 1965, p. 457; version castellana: *Obra Completa*, Planeta, Barcelona.

KAZANTZAKIS, N., *The Odyssey: A. Modern Sequel*, trad. Kimon Friar, Simon & Schuter, Nueva York 1958; version castellana en *Obra complete*, Planeta, Barcelona

- KÉROUAC S. ET AL.** *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Ed. Masson D.L. 1995
- KIECOLT-GLASER, J. K.; GRAHAM, J. E.; MALARKEY, W. B.; PORTER, K.; LEMESHOW, S.; GLASER, R.** «Olfactory influences on mood and autonomic, endocrine and immune function». *Psychoneuroendocrinology* (2008), n.º 33, p. 328-339. Disponible en URL:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2278291/?tool=pmcentrez>> (con acceso el 22 de junio de 2010).
- KIERKEGAARD, S.** *How Johannes Climacus Became an Author*, en *A. Kierkegaard Anthology*, ed. R. Bretall, Princeton University Press, Princeton N.J.: 1946, p. 193.
- KIERKEGAARD, S.**, *The concept of Dread*, Princeton University Press, Princeton, N.J. 1957, p. 55; versión castellana: *El concepto de la angustia*, Espasa Calpe, Madrid 1976.
- KISH, L.** (1982): *Muestreo de encuestas*. México, Trillas.
- KON, I.** (comps.) (1989): *Historia de la sociología del s. XIX- comienzos del s. XX*. Moscú, Editorial Progreso.
- KUHN, T.S.** (1978^a): *La estructura de las revoluciones científicas*. México. FC
- KUHN, T.S.** (1978^b): *Segundos pensamientos sobre paradigmas*. Madrid, Tecnos.
- KUHN, T.S.** (1989): *¿Qué son las revoluciones científicas? Y otros ensayos*. Barcelona, Paidós/ICE Univ. Autónoma.
- KUBLER-ROSS E.** *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Random House- Mondadori; 2003.
- KRAMER, A. F.; ERICKSON, K. I.; COLCOMBE, S. J.** «Exercise, cognition, and the aging brain». *Journal of Applied Physiology* (2006), n.º 101, p. 1237-1242.
- KRASUCKI C, HOWARD R, MANN A.** The relationship between anxiety disorders and age. *Int J Ger PsychiTRY* 1998; 36: 581-85
- KRAMER, A. F.; ERICKSON, K. I.; COLCOMBE, S. J.** «Exercise, cognition, and the aging brain». *Journal of Applied Physiology* (2006), n.º 101, p. 1237-1242.
- KRAMER, A. F.; BHERER, L.; COLCOMBE, S. J.; DONG, W.; GREENOUGH, W. T.** «Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging». *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* (2004), n.º 59, p. M940-957.
- KURAMOTO, A. M.** «Therapeutic benefits of Tai Chi exercise: research review». *n Medical Journal* (2006), n.º 105, p. 42-46
- LANDA PETRALANDA V, GARCÍA GARCÍA JA.** *Guías clínicas de duelo*. Finisterra.com 2004.
- LAKATOS, I.** (19974): «Metodologías rivales de la ciencia: Las construcciones racionales como guía de la historia». *Teorema, IV* (2), pp. 199-214.
- LAKATOS, I.** (1975): «La falsación y la metodología de los programas de investigación científica». En Lakatos, I. Y Musgrave, A. (comps.): *Crítica y conocimiento*. Barcelona, Grijalbo.
- LAKATOS, I.** (1983): *La metodología de los programas de investigación científica*. Madrid,

Alianza.

- LAKATOS, I.** (1987): *Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales*. Madrid, Tecnos.
- LAKATOS, I. y MUSGRAVE, A.** (comps.) (1975): *La crítica y el desarrollo del pensamiento*. Barcelona, Grijalbo.
- LAPARRA, M., AGUILAR M., et al., Eds.** (2009). *Evolución y situación actual de los familiares inmigrantes extracomunitarios en Navarra*. Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud.
- LAPARRA, M., MARTÍNEZ DE LIZARRONDO, A., et al., Eds.** (2009). *Encuesta 2008 Inmigración en Navarra*, Cátedra UNESCO de Ciudadanía, Convivencia y Pluralismo (Universidad Pública de Navarra) y Oficina de Atención a la Inmigración (Gobierno de Navarra)
- LAPARRA, M., A. MARTINEZ DE LIZARRONDO, et al., (2009).** “Evaluación del plan para la Integración Social de la Población Inmigrante”. De http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Asuntos+Sociales+Familia+Juventud+y+Deporte/Publicaciones+propias/Asuntos+Sociales/Inmigracion.htm
- LA PARRA, M.** La dinámica de la integración social de los inmigrantes y su impacto en la sociedad de acogida. La perspectiva desde Navarra. “*Política y Sociedad* 45(1). 2008.
- LA PARRA, D.** Contribución de las mujeres y los hogares pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gaceta Sanitaria*, 15, 498-505, 2001
- LARRIÓN JL.** Valoración geriátrica integral (III). Evaluación de la capacidad funcional del anciano. En: *ANALES Sis San Navarra* 1999; 22 (Supl. 1): 71-84.
- LAURIN, D.; VERREAULT, R.; LINDSAY, J.; MACPHERSON, K.; ROCKWOOD, K.** «Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons». *Archives of Neurology* (2001), n.o 58, p. 498-504.
- LAURIN, D.; VERREAULT, R.; LINDSAY, J.; MACPHERSON, K.; ROCKWOOD, K.** «Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons». *Archives of Neurology* (2001), n.o 58, p. 498-504.
- LAWTON, M.P. y BRODY. E.M.** (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of dailing living. *Gerontologist*, 9: 179-186.
- LAWTON, M.P.** (1972). Assessing the competence of older people. En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (eds): *Research Planning and Action for the Elderly*. Nueva York: Behavioral Publications.
- LAWTON, M. P.; KLEBAN, M.H.; MOSS, M.; ROVINE, M. y GLICKSMAN, A.** (1991). A two factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, P181-P189
- LAWTON, M. P.; KLEBAN, M.H.; MOSS, M.; ROVINE, M. y GLICKSMAN, A.** (1989). Measuring Caregiving Appraisal. *Journal of Gerontology*, 44, p61-p71.
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S.** (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S.** (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S.** (1987). Transactional theory and research on emotions and

- doping. *European Journal of Personality*, 1,141-169
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S.** (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- LECLERAQ, J.** *Derechos y deberes del hombre*, Herder, Barcelona, 1965, p. 345-404
- LEÓN, T.; CASTILLO, D.** «La dieta mediterránea está de moda». *Medicina General* (2002), n.º 49, p. 902-908. Disponible en URL: <www.medicinageneral.org/revista_49/pdf/902-908.pdf> (con acceso el 22 de junio de 2010).
- LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia;** *Boletín Oficial del Estado*, núm. 299, de 15 de diciembre 2006
- LIBRO BLANCO DE LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EN ESPAÑA 2011.** Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Dirección General del IMSERSO y Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2011.
- LIFTON, R.** (1974). *The Sense of Immortality: On Death Continuity of Life, in Explorations in Psychohistory*, eds. R. Lifton y E. Olson, Simon & Schuster, Nueva York 1974, p. 271-88.
- LIN, N. y ENSEL, W.** (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- LINDSTROM, H. A.; FRITSCH, T.; PETOT, G.; SMYTH, K. A.; CHEN, C. H.; DEBANNE, S. M.; LERNER, A. J.; FRIEDLAND, R. P.** «The relationships between television viewing in midlife and development of Alzheimer's disease in a case-control study». *Brain and Cognition* (2005), n.º. 58, p. 157-165.
- LYTLE, M. E.; VANDER BILT, J.; PANDAV, R. S.; DODGE, H. H.; GANGULI, M.** «Exercise level and cognitive decline: the MoVIES project». *Alzheimer Disease & Associate Disorders* (2004), n.º 18, p. 57-64.
- LOBO A, GÓMEZ F, SALA JM, SEVA A.** El “miniexamen cognoscitivo”, un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 3: 189-202.
- LOBO A, SAZ P, MARCOS G, DÍA JL, DEL CÁMARA C, VENTURA T, ET AL.** Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica* 1999;112:767-774.
- LOPES DOS SANTOS M.C.** *La convivencia con la demencia de las personas mayores y sus familias. Una propuesta de intervención*. Tesis Universidad Pública de Navarra. Pamplona, 2015.
- LÓPEZ-ARANGUREN, E.** “Análisis de contenido”. En García Ferrando, M. Et al. (comps.): *El análisis social de la realidad*. Madrid, Alianza, pp.383-414.1989
- LÓPEZ A, DE MIGUEL C.** *Valoración geriátrica en Atención Primaria*. *Medicina Integral* 1997; 30 (1): 11-17.
- LÓPEZ-POUSA S, VILALTA J, LLIÑÁS J.** *Manual de demencias*. Barcelona: Prous Science, 1996

- LÓPEZ J, REQUENA M, FERNÁNDEZ C, CERDÁ R, LÓPEZ MA, MARÍN E.** *Dificultades visuales y auditivas expresadas por los ancianos*. Atención Primaria 1995; 16: 437-442.
- LÓPEZ, J., LÓPEZ-ARRIETA, J. y CRESPO, M.** “Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives”. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, núm. 41, pp. 81-94. 2005
- LÓPEZ, J., y CRESPO, M.** “Intervenciones con cuidadores de familias mayores dependientes: una revisión”. *Psicothema*, núm. 19, pp. 72-80. 2007
- LÓPEZ, J., ET AL.** “Assessment of the efficacy of a stress management program for informal caregivers of dependent older adults”. *The Gerontologist*, núm. 47, pp. 205-214, 2007
- LÓPEZ, M. J., ET AL.** “El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud”. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, núm. 2, pp. 332-334, 2009.
- LORENZ K.** *El comportamiento animal y humano*, Plaza Janés, 1976
- LOSADA, A., KNIGHT, B., Y MÁRQUEZ, M.** “Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, núm. 38, pp. 116-123, 200
- LOSADA, A., ET AL.** (2003) “Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, núm. 38, pp. 116-123.
- LOSADA, A., ET AL.** (2004). “Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia”. *Revista de Neurología*, núm. 38, pp. 701-708,
- LOSADA, A., ET AL.** (2006) “Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia”. *Informaciones Psiquiátricas*, núm. 184, pp. 173-186,
- LOSADA, A., ET AL.** (2008) *Cuidar cuidándose. Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Madrid: Ediciones Encuentro.
- LOSADA, A., ET AL.** (2011) “Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioural activation and modification of dysfunctional thoughts”. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, núm. 26, pp. 1119-1127.
- LOSADA A, PEÑACOBIA C, MÁRQUEZ-GONZÁLEZ M, CIGARÁN M.** *Cuidar cuidándose . Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores de familiares de personas con demencia*. Madrid: Obra Social Caja Madrid; 2008
- LOSADA R ET AL.** (2012). Cross-cultural confirmatory factor analysis of the Ces-D in Spanish and Mexican Dementia caregivers. *Span J Psychol*; 15: 783-92.
- LUCAS MARÍN, A.:** *Introducción a la sociología*. Pamplona, Eunsu, 1982
- LUCAS MARÍN, A.** (1986): *Fundamentos de teoría sociológica*. Madrid, Tecnos.
- LUCAS, R., MARCH, J., Y PERÓ, M.I.** (2011). “Calidad de vida global en personas con demencia”. *Revista de Neurología*. Vol. 52, núm. 3, pp. 139-146.

- LUCRECIO.** *De rerum natura (sobre la naturaleza de las cosas)*. Boletín bibliográfico de Román Alcalá, Madrid 1982. Dicc. Filosofía de Ferrater Mora, p. 2216-2218
- MACE, N. L.; RABINS, P. V.** *Cuando el día tiene 36 horas. Una guía para cuidar a enfermos con pérdida de memoria, demencia senil y Alzheimer*. México DF: Pax México, 1997.
- MADDUX GL.** The Encyclopedia of Aging. 3d edition. Vol. II. New York: Springer Publishing Company; 2001.
- MADRUGA, F.; CASTELLOTE, F.J.; SERRANO, F.; PIZARRO, A.; LUENGO, C. y JIMÉNEZ, E.F.** (1992). Índice de Katz y escala de Barthel como indicadores de respuesta funcional en el anciano. *Revista Española Geriatria y Gerontología*, 27 (8), 130.
- MAHONEY F, BATHEL D.** (1965) Funtional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*; 14 (2): 61-5.
- MANILIO.** Citado en Montaigne, versión castellana: *Ensayos Completos*, 3 vols; Iberia; Barcelona 1968, p.65
- MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (4ª edición).** Atención Primaria (DSM-IV-AP). Barcelona: Masson S. A. , 1997
- MARAÑÓN G.** *El deber de las edades*. En: Obras completas. Vol III. Madrid: Espasa-Calpe, 1967.
- MARIAS J.** *Modos de vivir*, Madrid, 1964.
- MARIAS J.** *La felicidad humana*. Alianza Editorial. Madrid, 1988.
- MARTÍNEZ OLIVARES, LAURA; JORDAN VALENZUELA, M.** *Cuidados Paliativos*, Formación continuada LOGOS
- MARTÍNEZ-PIÉDROLA, R. M.; MIANGOLARRA-PAGE, J. C.:** *El cuidador y la enfermedad de Alzheimer. Formación y asistencia*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces, 2006.
- MARTÍNEZ CONTRERAS:** *Sartre, la filosofía del hombre*, Madrid, 1980
- MARTÍN M, SALVADO I, NADOL S, MIJI LC, RICO JM.** Adaptación para nuestro medio de la sobrecarga del cuidador (Careviger Burden Interview) de Zarit. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1996; 6: 338-346
- MARTÍN GUIJORRO C, JIMÉNEZ GÑOMEZ MI, SANTOS FRANCO J, PÉREZ MELERO A.** *Guía de cuidados de personas mayores*. Madrid: Síntesis, 2002
- MARTÍ FLUXA RICARDO:** *Genética, Nutrición y Enfermedad*. Instituto Tomás Pascual Sanz y Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2008
- MARTÍNEZ CARLOS.** Instituto Tomás Pascual Sanz y Consejo Superior de investigaciones Científicas, *Genética, Nutrición y enfermedad*. Prólogo. Madrid, 2008, pp. 9-10
- MARTÍN MASSÓ J.F.** “Neurología Práctica General”.. cap 10 pág 1-19. Sandoz Pharma S.A.E. 1992.
- MARTÍN M, SALVADO I, NADOL S, MIJI LC, RICO JM.** Adapatación para nuestro medio de la sobrecarga del cuidador (Careviger Burden Interview) de Zarit. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1996; 6: 338-346

- MASLOW, A.** *The Further Reaches of Human Nature*, Viking, Nueva York, 1971, p.35.
- MATEO, M. J. Y GARCÍA FERRANDO, M.** (1990) *Estadística aplicada a las ciencias sociales*. Madrid, UNED.
- MAUROIS A.** *Un arte de vivir*. Madrid: Sociedad General Española de Librería, 1942.
- MÁXIMO N, PÉREZ DE HEREDIA M, GUTIÉRREZ M.** Atención en el hogar de personas mayores. Salamanca: Ediciones Témpora, 2004.
- MEJÍAS LIZANCOS F, SERRANO PARRA MD.** *Enfermería en Psiquiatría y salud mental*. Madrid: Ed. D.A. E. 2000.
- MEIER-RUGE, W.** *El paciente de edad avanzada en medicina general*. Editorial Sandoz . Barcelona, 1987.
- MENÉNDEZ M, SAN JOSÉ.** Valoración Geriátrica Funcional. Instrumentos de evaluación funcional y sistema de información para centros asistenciales. Fundación caja de Madrid: Madrid 1995.
- MÉNDEZ-CABEZA FUENTES J.C.** Guía de manejo del paciente geriátrico en Atención Primarias. Edición You &US, Madrid, 2014
- MIGUEL, A.:** “Introducción al estudio de los indicadores sociales”. En FOESSA (ed.): *Tres estudios para un sistema de indicadores* . Madrid, 1967
- MIGUEL, A.** (1987) “Las primeras encuestas en España”. *Política y Sociedad*, CIS, Madrid, pp. 703-709.
- MIGUEL, A.** (1991): “Las investigaciones en España hoy: I + D en Sociología,”. *Revista Española de la Investigación Científica*, 56, pp. 161-196
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES-MTAS.** (2005). *Libro Blanco de la Dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.** Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.** Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud (Periodo 2011-2012). Año 2013.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.** *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.** *Prevención de la fragilidad y caídas*. Madrid, 7 de marzo de 2014
- MIRALLES R.** Valoración e intervención geriátrica: ¿Cuánto y dónde?. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1999; 34 (2): 59-61. **MOLINA MARTIN JUAN DE DIOS y ANDRADE ROSA CRISTINA:** *Psiquiatría de cabecera*. Manual para la práctica psiquiátrica en Atención Primaria. Volumen I, Aula Médica, Madrid, 2003.
- MOLINA MARTÍN J UAN DE DIOS Y ANDRADE ROSA CRISTINA.** *Manual para la práctica psiquiátrica en Atención Primaria*. Volumen 1. Biblioteca Aula Médica, Madrid, 1003
- MONTORIO, I.; IZAL, M.; LÓPEZ, A. Y SÁNCHEZ, M.** (1998). Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2): pp. 229-248.

- MONTAIGNE, M.** *The Coplete Essays*. Versión castellana: *Ensayos Completos*, 3 vols; Iberia, Barcelona 1968, p. 67.
- MONTES SAMPEDRO, M^{ta}T.** (2017). *María Zambrano: La Antígona española del siglo XX.*, Ed. Edymions, Madrid.
- MONTEVERDE, LAURA MALENA.** «Medición de la esperanza de vida residual según niveles de dependencia en España y costes de cuidados de larga duración»; FUNDACIÓN MAPHRE Estudios, nº 92, Madrid, 2005
- MORATA FJ, FERNÁNDEZ C, JURADO A.** Justificación del programa. Los factores de riesgo en el anciano. El programa del anciano: objetivos y configuración del mismo. En: Manual del residente de medicina familiar y comunitaria (2a ed.). SemFYC: Madrid 1997; 1173-1181.
- MORENO RAMOS D, CORREGIDOR SÁNCHEZ AI.** Urbanismo, espacio público y personas mayores: hacia la amabilidad de las formas. TOG (A Coruña) [Revista en internet], 2010; monog. 3:232-254. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/urbanismo.pdf>.
- MORENO-IRIBAS C, GUEVARA M, DÍAZ-GONZÁLEZ J, ÁLVAREZ-ARRUTIN, CASADO I, DELFRADE J, LARUMBE E, AGUIRRE J, FLORISTÁN Y.** Exhaustividad de la estadística de mortalidad de navarra. Rev Esp Salud Pública 2013; 87: 651-7.
- MORENO-IRIBAS C, GUEVARA M, DÍAZ-GONZÁLEZ J, ÁLVAREZ-ARRUTI N, CASADO I, DELFRADE J, LARUMBE E, AGUIRRE J, FLORISTÁN Y.** Exhaustividad de la estadística de mortalidad de Navarra. Rev Esp Salud Pública 2013; 651-7.
- MORÍÑIGO DOMÍNGUEZ A.** *La sexualidad de los mayores: disfunciones sexuales y trastornos psicosexuales*. En: Agüera Ortiz L, Cervilla Ballesteros J, Martín Carrasco M. eds. *Psiquiatría Geriátrica* (2.a edición). Barcelona: Masson, 2006; 632-9.
- MORÍÑIGO DOMÍNGUEZ Á., GONZÁLEZ RODRÍGUEZ VM.** *La salud mental de las personas mayores*. Novartis, Madrid, 2006.
- MORIÑO A, GONZÁLEZ S, LABRADOR J.** Depresión Geriátrica. En: Gilaberte I, ed. *Nuevas perspectivas de la Depresión*. Madrid: Aula Médica. Ediciones; 2004. P. 125-56.
- MORRIS JN, HAWES C, FRIES BE, PHILLIPS CD, MOR V, KATZ S, MURPHY K, DRUGOVICH ML, FRIEDLOB A.S.** Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes (R.A.I.). *The Gerontologist* 1990; 30 (3): 293-307.
- MORATA FJ, FERNÁNDEZ C, JURADO A.** Justificación del programa. Los factores de riesgo en el anciano. El programa del anciano: objetivos y configuración del mismo. En: Manual del residente de medicina familiar y comunitaria (2a ed.). SemFYC: Madrid 1997; 1173-1181.
- MORSE, J.M.** (1991). "Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. Methodology Corner". *Nursing Research*, nº. 40, pp. 23-45.
- MOURONTE, P.** (2001). "Apoyo a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer". *Todo Hospital*, núm. 182, pp. 798-805.

MUCHIELLI, R. *El cuestionario en la encuesta psicosocial*. Madrid, Ibérico-Europea. 1974

- MIRALLES R.** Valoración e intervención geriátrica: ¿Cuánto y dónde?. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1999; 34 (2): 59-61.
- MUÑÁRRIZ ELIZALDE, AINHOA.** *Cómo cuidarse el cuidador.* Revista zonahospitalaria, N° 52 (enero-febrero), Navarra, 2015, pág. 19
- MUÑOZ C, GARCÍA JA, RIBERA JM.** Valoración ambulatoria de la nutrición en el anciano. *JANO* 1996; 51: 52-61.
- MUÑOZ C, GARCÍA JA, RIBERA JM.** Valoración ambulatoria de la nutrición en el anciano. *JANO* 1996; 51: 52-61.
- MUÑOZ M.D.** *Conducta alimentaria, desarrollo y hábitos saludables*, en J.J: Ricarte (Dir) (2011) *Psicología de la salud*. Pamplona: Eunate. 2011.
- MUÑOZ, F.; ESPINOSA, J.M.; PORTILLO, J. Y BENÍTEZ, M.A.** Cuidados paliativos: atención a la familia. *Atención Primaria*, 30,576-580. 2002.
- NACIONES UNIDAS.** *Declaración de los derechos humanos.* Asamblea General de Naciones Unidas. 1948.
- NACIONES UNIDAS.** *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.* [online]. [ref. 25 de noviembre de 2010]. 2008. Disponible en:
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcconvs.pdf>.
- NACIONES UNIDAS. (2010).** *Algunos datos sobre las personas con discapacidad.* [online] Naciones Unidas Enable. [ref. 15 de octubre de 2010] Disponible en:
<http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/overview.html>
- NAGEL, E.** (19619). *The structure of science.* New York, Harcourt
- NAGEL, E.** (1974): *La estructura de la ciencia: Problemas de la lógica de la investigación social.* Buenos Aires, Paidós.
- NAGLIE G. FRAILTY.** En: Evans G et al. *Oxford Textbook of Geriatric Medicine.* 2a ed. Oxford University Press, 2003; 1185-98.
- NAVARRABIOMED-FMS.** *Estadística aplicada a la investigación en Ciencias de la Salud.* Pamplona. B Ibañez, K Cambra. 9-10/11/2015.
- NAVARRA. ES. (2009).** *Aprobadas convocatorias de ayudas a pymes turísticas para fomentar la calidad y la accesibilidad.* [online]. [ref. 12 de junio de 2012. Disponible en:
[http://www.navarra.es/home es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2009/05/21/Ayudas+a+pymes+turismo.htm](http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2009/05/21/Ayudas+a+pymes+turismo.htm).
- NAVARRA. ES. (2010).** *Asuntos Sociales presenta el I plan Integral de Atención a personas con discapacidad 2010-2013.* [online]. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en:
<http://www.navarra.es/home es/Actualidad/Sala+de+prensa/noticias/2010/10/26/presentacion+plan+integral+personas+discapacidad.htm>.
- NAVARRO, C.; DOMINGUEZ, M.O.; CUESTA, F.; ROIZ, H. Y LÁZARO, M.** Estudio del equilibrio y la marcha en el anciano. Evaluación del anciano con caídas de repetición capítulo 7: 107-124. Fundación Mafre. *Medicina Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.* 1997.
- NAVARRO CORDÓN, J.M. y CALVO MARTÍNEZ, T.** *Historia de la Filosofía.* Grupo

Amaya, Madrid, 1995.

NEVITT MC, CUMMINGS SR, HUDES ES. Risk factors for injurious falls: A retrospective study. *Journals of Gerontology* 1991; 46: M164-M1701.

NHS. Scoping the Guideline. En: National Institute for Clinical Excellence. [Internet]. Guideline Development Methods: Information for National Collaborating Centres and Guideline Developers. London: National Institute for Clinical Excellence. 2004, [actualizado 14 de marzo de 2005; consultada 5 de julio de 2007]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=247886>.

NISBET, R.M. (1966): *The sociological tradition*. New York, Basic Books.

NISBET, R.M. (1982): *Introducción a la sociología*. Barcelona, Vicens Vives.

NISBET, R.M. (1990): *La formación del pensamiento sociológico*. Buenos Aires, Amorrortu

NUNO SOLINIS, R.; FERNÁNDEZ CANO, P.; MIRA SOLVES, J.J.; TORO POLANCO, N.; CONTEL SEGURA, J. C.; GUILABERT MORA, M. y SOLAS GASPAS, O. *Desarrollo de IEMAC, un instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad*. Gac Sanit. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.012> <http://www.iemac.org>.

NUÑEZ, D. (1973): "La sociología en España (1875-1914)". *Revista Internacional de Sociología*, 5 (6).

NUSBAUM, N. J. (1999), «Aging and sensory senescence». *Southern Medical Journal* n.o 92, p. 267-275.

OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES. *Boletín sobre envejecimiento: Perfiles y tendencias*. Número 2, junio. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Asuntos Sociales, IMSERSO, Madrid, 2000.

OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES. *Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2003*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad, IMSERSO, Observatorio de personas mayores, 2004.

OLAZARÁN, J.; MUÑIZ, R.; REISBERG, B.; PEÑA-CASA- NOVA, J.; DEL SER, T.; CRUZ-JENTOFT, A. J.; SERRANO, P.; NAVARRO, E.; GARCÍA DE LA ROCHA, M. L.; FRANK, A.; GALIANO, M.; FERNÁNDEZ-BULLIDO, Y.; SERRA, J. A.; GONZÁ- LEZ-SALVADOR, M. T.; SEVILLA, C. «Benefits of cognitive- motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease». *Neurology* (2004), n.o 63, p. 2348-2353.

OLAZARÁN, J., ET AL. (2010). "Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática". *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, núm. 30, pp. 161-178.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid; 2001.

O.M.S. *El envejecimiento saludable. El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria*. Programa sobre Envejecimiento y Salud. Ginebra (Suiza). Traducción: Guiomar Manso de Zúñiga Spottorno. 2002a

- O.M.S.** *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
- O.M.S.** *Active Ageing. A Policy Framework*. Madrid. 2002b
- O.M.S.** *La salud de las personas de edad*. Serie de informe técnicos N 779. Ginebra: OMS, 1989.
- O.M.S.** *Planificación y organización de S. Geriátricos*. Informe Técnico 548. Ginebra 1974.
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS**. Protocolo Facultativo, 13 de diciembre de 2006: Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). Nueva York, 2006
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ENFERMERÍA Y SALUD DE LA COMUNIDAD**. Informe técnico nº 558. Ginebra: O.M.S., 1974.
- OKEN, B. S.; ZAJDEL, D.; KISHIYAMA, S.; FLEGAL, K.; DEHEN, C.; HAAS, M.; KRAEMER, D. F.; LAWRENCE, J.; LEYVA, J.** «Randomized, controlled, six-month trial of yoga in healthy seniors: effects on cognition and quality of life». *Alternative Therapies in Health and Medicine* (2006), nº 12, p. 40-47.
- ORTE MORENO EVA Y COL:** *Plan de cuidados de enfermería en pacientes con tratamiento con anticoagulantes orales*. Centro de Salud de Cascante, Navarra, 2013.
- OTERO, A.; ZUNZUNEGUI, M.V.; BÉLAND, F.; RODRÍGUEZ, A. Y GARCÍA, M.J.** *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Documentos de Trabajo nº 9. Fundación BBVA. Bilbao. 2006.
- ORTIZ J, SÁNCHEZ JA, BONILLO M.A.** Patologías más frecuentes en el anciano características e historia clínica. En: Manual del residente de medicina familiar y comunitaria (2a ed.). SemFYC: Madrid 1997; 1198-1205.
- ORTÍ, A.** (1984): “De la Guerra Civil a la transición democrática: resurgimiento y reinstitucionalización de la sociología en España”. *Anthropos*, 36, pp. 36-48
- ORTÍ, A.** (1989): “La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: La entrevista abierta y la discusión de grupo”. En García Ferrando, M. et al. (comps.): *El análisis de la realidad social*. Madrid, Alianza, pp. 171-204.
- ORTIZ J, SÁNCHEZ JA, BONILLO M.A.** Patologías más frecuentes en el anciano: características e historia clínica. En: Manual del residente de medicina familiar y comunitaria (2a ed.). SemFYC: Madrid 1997; 1198-1205
- OSIPOVA, E.** (1989): “Auguste Comte y el surgimiento de la sociología positiva”. En Kon, I. (coms.): *Historia de la sociología del s.xix-comienzos del s. xx*. Moxcú, Progreso, pp. 20-40.
- O’SHEA.** (2003). *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. Grupo de expertos en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes (CS_QV). Comité Europeo de Cohesión Social (CECS). Council of Europe.
- OUELLETTE, P.** Ocio, envejecimiento y un modelo de participación para mujeres que pertenecen a una Universidad “Acadia” de la Tercera Edad. *Physical Activity and health in the Elderly*. (1ª Ed.) Ministerios de Asuntos Sociales. Madrid. 1996
- PACOLET, J.; VERSIECK, K. y BOUTEN, R.** *Protección social para personas mayores dependientes*. Bruselas: Unión Europea, Dirección General V. 1993.

- PALACIOS-CEÑA D, CARRASCO-GARRIDO P, HERNÁNDEZ-BARRERA V, ET AL.** Sexual Behaviors among Older Adults in Spain: Results from a Population-Based National Sexual Health Survey. *J Sex Med* 2012; 9:121-9.
- PALMÉS F. M.** *Lo psíquico consciente e inconsciente*. “Actas del Congreso internacional de Filosofía de Barcelona”, 1949, II, p. 343-373.
- PAMPILLÓN OLMEDO, RAFAEL.** «Envejecimiento demográfico: ¿Es necesaria una reforma en el sistema de pensiones español?»; *Papeles de Economía Española*, nº 104, Madrid, 2005
- PARKER, M.G.; THROSLUND, M. y LUNDBERG, O.** Physical function and social class among Swedish oldest old. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49, S106-S201. 1994
- PASCUAL, A.M. Y SANTAMARÍA, J.L.** (2009). “Proceso de duelo en familiares y cuidadores”. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, núm. 44, pp. 48-54.
- PASCUAL, G.** “Ética de calidad de vida y demencia tipo Alzheimer”. *Geriátrika*. Vol. 17, núm. 4, pp. 43-46. 2001
- PASCUAL, G.** “El counselling en el cuidado del paciente con demencia tipo Alzheimer”. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriátrica y Gerontología*. Vol. 19, núm. 4, pp. 10-12. 2003
- PASCUAL, P.** Guía para el cuidador de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Zaragoza: Certeza. 2000.
- PASTOR V.** Valoración geriátrica en la consulta hospitalaria. En: Clínicas Geriátricas XIV. Atención al anciano en el medio sanitario. EDITORES MEDICOS S.A: Madrid 1998; 131-138.
- PATTERSON, P.; MOYLAN, E.; BANNON, S. y SALIH, F.** Needs analysis of a cancer education program in south western Sydney. *Cancer Nursing*, 23 (3), 186-192, 2000
- PAPPS.** Guía de resumen. 2005. Disponible en:
<http://www.papps.org/recomendaciones/index.html>
- PEARLIN, L.I. Y SCHOOLER, C.** (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 12-21.
- PEARLIN, L.I.; LIEBERMAN, M.M.; MENAGHAN, E.G. y MULLAN, J.T.** (1981). The stress process. *Journal of Health Social Behavior*, 22, 337-356.
- PEARLIN, L.I.; TURNER, H.A. y SEMPLE, S.J.** (1989). Coping and the mediation of caregiver stress. En E. Light y B. Lebowitz (eds): *Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for research*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, pp. 198-217
- PEARLIN, L.I.; MULLAN, J.T.; SEMPLE, S.J. y SKAFF, M.M.** (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of concepts and Their Measures. *Gerontologist*, 30, 583-594.
- PEARLIN, L.I.** (1991) The careers of caregivers. *Gerontologist*, 32, 647-652

- PEARLIN, L.I. (1994). Conceptual strategies for the study of caregiver stress. En E. Light, C. Niederehe y B.D. Lebowitz (eds): *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients*. Nueva York: Springer.
- PEARLIN, L.I. y SKAFF, M.M. (1995). Stressors in adaptation in late life. E. M. Gatz (eds): *Emerging issues in mental health and aging*. Washington: APA.
- PEARSON, J.; VERNA, S. y NELLET, C. (1988). Elderly psychiatric patient status and caregiver perceptions as predictors of caregiver perceptions as predictors of caregiver burden. *The Gerontologist*, 28, 79-83.
- PÉREZ DÍAZ, JULIO. «Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico»; *Papeles de Economía Española*, nº 104, Madrid, 2005.
- PÉREZ ORTIZ, LOURDES. (2005) «La ocupabilidad de los mayores y los programas de jubilación flexible»; *Papeles de Economía Española*, nº 104, Madrid.
- PÉREZ, J. y AYUSO, E. Cuidados del paciente con demencia. En: Guillén f, Pérez J, editores. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson, 1994: 357-380.
- PÉREZ, J.M. ABENDO, J. y LABARTA, J. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo. *Atención Primaria*, 18 (4):194-202
- PÉREZ. L. (2002). Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer. En Observatorio de Personas Mayores: *Las Personas Mayores en España: Informe 2002. Vol. I*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales, IMSERSO, pp. 260-330.
- PÉREZ. J. (2003). *La madurez de las masas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Asuntos Sociales, IMSERSO, colección Observatorio de Personas Mayores.
- PÉREZ, R. (2011). La construcción subjetiva del envejecimiento. Proyecto de vida e imaginario social en la clínica psicológica con mayores. En Quintanar, F (Coord.) *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento* (1ra. Edición) (Cap. 13, pp. 279 –299). México DF: Pax.
- PÉREZ. J. (1998). La demografía y el envejecimiento de las poblaciones. En A.S. Staat y L.C. Hodges: *Enfermería Gerontológica*. México, DF: McGraw Hill, pp. 451-463
- PFEIFFER, E. (1975) A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 22: 433-441.
- PERRIN Y RENAUD: *Sobredosis de azúcar*. Documental emitido por el programa *La noche temática* de RTVE. Recuperado el 30 de septiembre de 2014 de:
<http://vimeo.com/77853124>
- PETERSEN, R. C.; SMITH, G. E.; WARING, S. C.; IVNICK, R. J.; TANGALOS, E. G.; KOKMEN,E. (1999) «Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome». *Archives of Neurology*, n.o 56, p. 303-308.
- PETERSEN, R. C.; THOMAS, R. G.; GRUNDMAN, M.; BENNETT, D.; DOODY, R.; FERRIS, S.; GALASKO, D.; JIN, S.; KAYE, J.; LEVEY, A.; PFEIFFER, E.; SANO, M.; VAN DYCK, C. H. Thal, L. J. for the Alzheimer's Disease Cooperative Study Group. «Vitamin E and donepezil for the treatment of Mild Cognitive Impairment». *The New England Journal of Medicine* (2005), nº. 352, p. 2379-2388.

- PIEPER, J.** *Muerte e inmortalidad*, Herder, Barcelona, 1970.
- PLAN GERONTOLÓGICO DE NAVARRA 1997-2000.** *Modelo de acción social para la tercera edad*. Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social Deporte y Juventud: Pamplona 1997.
- PONS, I.** *Programación de la investigación social*. Madrid, CIS, *Cuaderno Metodológico*. Nº 8. 1993
- POPPER, K. R.:** *El desarrollo del conocimiento científico. Conjeturas y refutaciones*. Buenos Aires, Paidós. 1967
- POPPER, K. R.:** *Ensayos de filosofía de la ciencia*. Madrid, Tecnos. 1970
- POPPER, K. R.** *La miseria del historicismo*. Madrid. Alianza. 1973
- POPPER, K. R.:** *La lógica de la investigación científica*. Madrid, Tecnos. 1977
- POPPER, K. R.** *La sociedad abierta y sus enemigos, 2 vols*, Paidós, Buenos Aires, 1967
- PÉREZ JM, ABENDO J, LABARTA J.** El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo. *Atención Primaria* 1996; 18 (4):194-202
- POPER, K. R.** (1982): *La sociedad abierta y sus enemigos*. Barcelona. Paidós.
- POSADA, A.** (1990): “La sociología en España”. *REIS*, 52, pp.163-192.
- POVEDA R, GARCÉS J, BARBERÁ R.** Análisis de costes y beneficios de la incorporación de productos de apoyo como extensión de los servicios de atención a domicilio en población mayor con dependencia. Ponencia para el I Congreso Anual REPS. Universidad de Oviedo. 2009.
- <http://www.imfersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=57978>.
- PRATS, A.** (2015). “Los grandes olvidados: los trastornos cognitivos de la enfermedad de Parkinson”. *Informaciones Psiquiátricas*, núm. 220.
- PRATT, C; SCHAMALL, V.; WRIGHT, S. y CLELAND, M.** (1985). Bruden and doping strategies of caregivers to alzheimer’s patients. *Fam. Relat.*, 34, 27-33.
- PRIETO, C. ET AL.** (2011). *Impacto Social de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias 2011*. Madrid: FEEN.
- PRIETO CHINCOLLA S.** *La sexualidad de las personas mayores*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores nº. 57 (publicación: 19/06/2006). <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/prieto-sexualidad-01-pdf>.
- QUEJERETA, M.** (2003) *Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: IMSERSO.2003. Disponible en: <http://www.usuarios.Discapnet.es/disweb2000/cif/discapacidad-dependencia.pdf>.
- QUEJERETA, M.** (2004a). *Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- QUEJERETA, M.** (2004b). Aportaciones de la CIF a la conceptualización de la dependencia. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Clásica*, 8 (38): pp. 348-354. Madrid.

- RABINS, P. V.** *Memory. The Johns Hopkins White Papers*. Maryland, Baltimore: Johns Hopkins Medicine, 2009.
- RAMOS P., GARCÍA A.** Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España. Madrid, informe Portal Mayores, nº 56. Fecha de publicación: 9-01-2007. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abellan-estimaciones-07>
- RAMOS CORDERO P. Y COLS.** Asistencia emocional y afectiva. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: AG Tecnopublicaciones, 2007; 135-48.
- RAMOS, F. ET AL.** (2010). "Efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer". *Revista de psicopatología y psicología clínica*. Vol. 15, núm. 2, pp. 115-123.
- RAMOS CORDERO P.** Aspectos éticos y deontológicos en la atención a las personas mayores. Curso para Médicos de Atención Primaria. Madrid, 2012.
- RANK, O.** *Will therapy and Truth and Reality*, Alfred A, Knopf, Nueva York, 1954, p. 121.
- RAPP, S.; BRENES, G.; MARSH, A. P.** «Memory enhancement training for older adults with mild cognitive impairment: a preliminary study». *Aging & Mental Health* (2002), n.º 6, p. 5-11.
- RED CENTINELA.** (1999). *Estudio de la Fragilidad en ancianos mediante el Índice de Katz*. Valencia: Documento de trabajo, Red Centinela, Generalitat Valenciana.
- REGIDOR E, GUTIÉRREZ-FISAC JL.** *Patrones de mortalidad en España, 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
- RENFE.** *Plan de Accesibilidad Universal de Renfe*. Ministerio de fomento. Gobierno de España. 2010
- REVISTA Mujer hoy.** 29 de octubre de 2016, Madrid. p. 51
- REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.** Nº 51. Pp. 18-24
- RIBERA CASADO JM, GIL GREGORIO P.** Problemas éticos en relación con el paciente anciano. *Clínicas Geriátricas XI*. Madrid: Editores Médicos, S.A., 1995.
- RIBERA CASADO JM. Y CRUZ JENTOFT AJ.** Geriátrica en Atención Primaria (2ª Edición). Ed. Uriach & CIA. Barcelona, 1997
- RIBERA CASADO, J.M.**: Problemas éticos en la atención geriátrica. *En Geriátrica en Atención Primaria* (4.a Edición). Ribera Casado JM y Cruz Jentoft AJ. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L., 2008; 181-9.
- RIBERA CASADO, J.M.**: ¿Se puede envejecer con éxito? En: Ribera Casado JM y Gil Gregorio P (eds): *Prevención en geriatric ¿Es possible?* Edimsa. Madrid, 2003; 11-22.
- RIBERA CASADO, J.M.**: La prevención cardiovascular en el paciente anciano. En: del Río Logorit A., de Pablo Zarzosa C (eds): *Manual de cardiología preventiva*. SCM. Madrid. 2005; 313-330.
- RIBERACASADO, J.M.**: alimentación, nutrición, salud y envejecimiento. Interrelaciones y problemas. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P (eds): *Alimentación, nutrición y salud en el anciano*. Edmsa. Madrid, 1999; 11-24

- RICHARDSON WS, WILSON MC, NISHIKAWA J, HAYWARD RS.** The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP J Club*. 1995; 123(3): A12-A13.
- RITCHE, K.; TOUCHON, J. Y LEDESERT, B.** (1998). Progressive disability in senile dementia is accelerated in the presence of dementia. *Interentional Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 459-461.
- ROCKWOOD K.** *Frailty and its definition: a worthy challenge*. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(6):1069.
- ROCKWOOD K ET AL.** Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drugs Aging*. 2000, 17: 295-302.
- ROCKWOOD K, FOX R, STOLLE P ET AL.** *Frailty in elderly people: An evolving concept*. *Can Med Assoc J* 1994; 150: 489-495.
- RÓDENAS, F., ET AL.** “Case management method applied to older adults in the primary care centres in Burjassot (Valencian Region, Spain)”. *European Journal of Ageing*, núm. 5, pp. 57-66. 2008
- RODRÍGUEZ BENITO C.** *La sexualidad en el anciano*. INEFOC 2008. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/boletín/2008/numero-66/art-08-09-01.pdf>.
- RODRÍGUEZ, P.** (1005). El apoyo informal a las personas mayores. En Baura et al.: *Las personas mayores dependientes y el apoyo informa*. Baeza: Universidad Internacional de Andalucía “Antonio Machado”.
- RODRÍGUEZ, E.; GEA, A.; GÓME, A. y GARCÓA, J.M.** (1996). Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Atención Primaria*, 17, 338-341
- RODRÍGUEZ, P.** (1997). El SAD. Conceptualización y objetivos generales. En SEGG: *El servicio de Ayuda a Domicilio. Programación del Servicio. Formación para auxiliares*. Madrid: Ed. Panamericana.
- RODRÍGUEZ, P.** (1998). El problema de la dependencia en las personas mayores. *Documentación Social*, 112, 33-63.
- RODRÍGUEZ, P.** (1999). El problema de la dependencia en las personas mayores. En L. Bermejo (dir.): *Atención sociosanitaria para personas mayores dependientes* (Aplicación para el trabajo en equipo interdisciplinar). Consulting Dovall, pp. 19-32
- RODRÍGUEZ, P. y SANCHO, Mª.T.** (1999). Servicios sociales y sanitarios para personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. En L. Bermejo (dir.): *Atención sociosanitaria para personas mayores dependientes*. (Aplicación para el trabajo en equipo interdisciplinar). Consulting Dovall, pp. 33-46
- RODRÍGUEZ, P.** (2000ª) Introducción general. En P. Rodríguez y C. Valdivieso (codos): *El servicio de Ayuda a Domicilio. Programa del Servicio. Manual d Formación para Auxiliares*: Madrid: Editorial Médica panamericana, 00. 21-30
- RODRÍGUEZ, P.** (2000b). El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en P. Rodríguez y C. Valdivieso (coords): *El Servicio de Ayuda a Domicilio. Progrmación del Servicio. Manual de Formación para Auxiliares*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 31-42.

- RODRÍGUEZ, P.** (2004). *Características del cuidado informal en España*. Ponencia presentada en el XLVI Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Canarias.
- RODRÍGUEZ, M. Y SANCHEZ, J. L.** “Reserva cognitiva y demencia”. *Anales de Psicología*, núm. 20, pp. 175-186. 2004
- RODRÍGUEZ, P. Y VILÀ, A.** *Modelo de atención integral y centrada en la persona*. Madrid: Tecnos, 2014
- ROGER R.G.** (1995). Sociodemographic characteristics of long-lived and healthy individuals. *Population and Development Review*, 21, 33-58.
- ROS Y MIOWSKY.** (1999). Refining the association between education and health: the effects of quantity, credential and selectivity. *Demography*, 36 (4), 445-460.
- RODRIGUEZ E, CORPAS C, PÉREZ I, MAGRO A, LÓPEZ MA, COSTERO A.** Prevalencia de ancianos de riesgo en la zona básica rural de Budía. *Semergen* 25 (4): 295-300.
- RODRÍGUEZ S.** *Alimentación en la vejez. Orientaciones dietéticas. Causas de anorexia en el anciano*. En: Intervención clínica y psicosocial en el anciano. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS): Las Palmas de Gran Canaria 1995; 319-325.
- ROGERS, C.** (1977). *El poder de la persona*. Editorial El Manual Moderno, México. P. 86
- ROMERO L, MARTÍN E, NAVARRO JL, LUENGO C.** El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos. En: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, editor. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Internacional Marketing & Communication; 2006. P. 33-46.
- ROMERO, MORENO, R.; MÁRQUEZ GONZÁLEZ, M.; LOSADA, GUILLANDERS DT, FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ V.** cognitive fusion in dementia caregiver: psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Psychol Conductual*. 2014;22:115-30
- ROUNTREE, S. D.; WARING, S. C.; CHAN, W. C.; LUPO, P. J.; DARBY, E. J.; DOODY, R. S.** «Importance of subtle amnesic and nonamnesic deficits in Mild Cognitive Impairment: Prognosis and conversion to dementia». *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* (2007), n.o 24, p. 476-482.
- RUBENSTEIN LZ.** Geriatric assessment. *Clin Geriatr Med* 1987; 3:1-15.
- RUBENSTEIN LV, CALKINS DR, GREENFIELD S.** Health status assessment for elderly patients. Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Healthy Assessment. *J Am Geriatr Soc* 1988; 37: 562-569.
- RUBIO M, ERICE MJ.** Guía de Actuación en Intervenciones Sociales de orientación y Consejo Individual y Familiar. Servicio Navarro de Salud: Pamplona 1997.
- RUBIO M, ERICE MJ.** Protocolo de ayuda social a cuidadores y sus familias. A.P.S. Pamplona 1999
- RUBIO M, ERICE MJ.** Guía de Actuación en Intervenciones Sociales de orientación y Consejo Individual y Familiar. Servicio Navarro de Salud: Pamplona 1997. Insalud. Líneas para la elaboración de un Programa. Dirección de Atención Primaria. Palencia, 1993

- RUBIO MC, SÁNCHEZ A, IBÁÑEZ JA.** Perfil medicosocial del cuidador crucial. ¿Se trata de un paciente oculto? *Aten Primaria* 1995; 16: 181-186
- RUBENSTEIN, L.V. y CALKINS, D.R.** Greenfield S. Health status assesement for elderly patients. Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Healyh Assessment. *J Am Geriatr Soc* 1988; 37: 562-569.
- RUIZ, J.M.** (2005). “Actualización en el tratamiento de las demencias en fases intermedias”. *Informaciones Psiquiátricas*, pp. 179-180.
- RUIGÓMEZ, A. Y ALONSO, J.** (1996). Validez de la medida de capacidad funcional a través de las actividades básicas de la vida diaria en la población anciana. *Revista Gerontológica*, 6, 215-223.
- SAAVEDRA, J.M.** Síndromes geriátricos III: Caídas. Causas. Repercusiones generales. En: *Intervención clínica y psicosocial en el anciano*. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS): Las Palmas de Gran Canaria 1995; 149-169.
- SAN AGUSTÍN.** Citado en Montaigne, versión castellana: *Ensayos Completos*, 3 vols; Iberia, Barcelona 1968, p.63.
- SALANOVA, M.; BRESÓ, E. Y SCHAUFELI, W.B.** “Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement”. *Ansiedad y estrés*, núm. 11, pp. 215-231. 2005
- SALANOVA, M. Y LLORENS, S.** (2008). “Current state of research on Burnout and future challenges”. *Papeles del Psicólogo*, núm. 29, pp. 59-67.
- SALGADO A, ALARCÓN MT.** Valoración del paciente anciano. Barcelona: Ediciones Masson, 1993.
- SALVAT.** Valoración de la dependencia. En: Puyol R, Abellán A. *Envejecimiento y dependencia, una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mundial Assistance; 2006. P. 73-83
- SANJOAQUÍN A, FERNÁNDEZ E, MESA P, GARCÍA-ARILLA E.** *Valoración Geriátrica Integral*. En Gil P (ed.). Manual del residente en Geriatria. Madrid: Editorial Ene life, 2012; 59-68. Publicado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid. 2007.
- SÁNCHEZ-CÁNOVAS, J. Y SÁNCHEZ- LÓPEZ, Mª P.** (1994) *Psicología diferencial: diversidad e individualidad humanas*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- SÁNCHEZ-CÁNOVAS, J.** (1991). Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (comps): *Manual de psicología clínica*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- SÁNCHEZ CARRIÓN, J. J.** (1985): “Técnicas de análisis de texto mediante codificación manual”. *Revista Internacional de Sociología*, 43-I, pp.89-118
- SÁNCHEZ CARRIÓN, J. J.** (1989): *Análisis de tablas de contingencia: El uso de los porcentajes en las ciencias sociales*. Madrid, CIS.
- SÁNCHEZ CARRIÓN, J. J.** (1990): *Introducción al análisis de datos con SPSS/PC+*. Madrid, Alianza.
- SÁNCHEZ CARRIÓN, J. J.** *Introducción a las técnicas de análisis multivariable*. Madrid. CIS.

- SÁNCHEZ CARRIÓN, J. J.** *Manual de análisis de datos*. Madrid, alianza. 1995.
- SÁNCHEZ, P.; MOURONTE, P. y OLAZARÁN, J.** (2001). Beneficios de un programa de formación del cuidador en la demencia: experiencia piloto desde la enfermería especializada. *Revista de Neurología*, 33 (5): 422-424.
- SÁNCHEZ GOYANES, E.:** *Constitución Española comentada*. Paraninfo. Madrid, 1979.
- SÁNCHEZ, M.C.** “La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos”. *Campo Abierto*, pp. 11-30, 2015
- SANTANA, A.J.** Síndromes geriátricos I: Incontinencia urinaria. Repercusiones psicosociales. En: *Intervención clínica y psicosocial en el anciano*. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS): Las Palmas de Gran Canaria 1995; 119-133.
- SANTOS-EGGIMANN, B. et al.** Prevalence of frailty in middle- aged and older community-dwelling Europeans livins in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009. Doi: 10.1093/Gerona/glp012
- SARTRE, J.** *Being and Nothingness*, trad. Hazel Barnes, Philosophical Library, Nueva York, 1956, p. 633; versión castellana: *El ser y la nada*, Losada, Buenos Aires, 1966.
- SARTRE, J.** *El ser y la nada*. Paris, 1950.
- SARTRE, J.** En Dicc. Filosofía pág. 3170
- SARTRE, J.** *Nausea*, trad. Hazel Barnesm, New Directions, Nueva York, 1964, p. 126-130; versión castellana: *La Náusea*, Aymá, Barcelona, 1976.
- SCARMEAS, N.; STERN, Y.; MAYEUX, R.; MANLY, J. J.; SCHUPF, N.; LUCHSINGER, J. A.** «Mediterranean diet and mild cognitive impairment». *Archives of Neurology* (2009), n.o 66, p. 912-913.
- SCARMEAS, N.; STERN, Y.; TANG, M.; MAYEAUX, R.; LUCH- SINGER, J. A.** «Mediterranean diet and risk for Alzheimer disease». *Archives of Neurology* (2006), n.o 63, p. 1709- 1717.
- SCHMUCKER, D.L.; WANG. R.K.** (1980) Age-related changes in liver drug-metabolising enzymes. *Exp. Gerontol.*, 15, 321.
- SCHAE, K.W.** (1990). The optimizacion of cognitive functioning in old age: Predictions based on cohort – sequential and longitudinal data. En P.B. Baltes y M.M. (eds.): *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences*. New York: Cambridge University Press, pp. 94-117
- SELMES J, ANTOINE M.** Vivir con la enfermedad de Alzheimer. Madrid: Ed. Meditor, 1996.
- SELMES A, SELMES J.** Vivir con la enfermedad de Alzheimer. Madrid: Meditor, 1999; 1-180.
- SELVA O’CALLAGHAN A, SAN JOSÉ LAPORTE A, SOLANS LAQUÉ R, VILARDELL TARRÉS.** Características diferenciales de la enfermedad en los ancianos. *Fragilidad. Medicine 7a serie* 124; 5789-5796
- SEMFIC:** *Demencias*. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. EdiDe, Barcelona, 1999
- SÉNECA.** Citado en Montaigne, *Ensayos Completos*, 3 vols; Iberia, Barcelona 1968, p. 6.
- SÉNECA.** *Quaestins Natural*. En Hª de la Ciencia de Crombie, p. 29

- SERRA, J.; SALVÀ, A.; LLOVERAS, G.; PADRÓ, L.; CRESPO, L.** «Consejo sobre alimentación en las personas mayores». *Medicina Clínica* (2001), nº. 116/1, p. 90-94.
- SERRA, J.A.; DE MIGUEL, M.P.** Valoración del estado nutricional. Orientaciones dietéticas. En: *Geriatría en Atención Primaria* (2a ed.). URIACH: Barcelona 1997; 71-82.
- SERRANO, M.** Atención a la ancianidad: conceptos generales. En: ANALES Sis. San. Navarra 1999; 22 (Supl. 1): 5-10.
- SERVICIO DE GERIATRIA. HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA**, editor. *Cuidados al final de la vida en la práctica geriátrica*. Madrid: Senda Editorial; 2002.
- SERVET M.** Gobierno de Navarra en Conmemoración del 450 aniversario de su muerte en 1553. Colección. Tema de la Hª de la Medicina, 1. Navarra, 2004
- SHEKELLE, P.G.; WOLF, S.H.; ECCLES, M. y GRIMSAHW, J.** Developing guidelines. *BMJ*. 1999; 318:593-6.
- SNOWDON, D.** *678 monjas y un científico*. Barcelona: Planeta, 2002
- SMALL, G. W.; SILVERMAN, H. S.; SIDDARTH, P.; ERCOLI, L. M.; MILLER, K. J.; LAVRETSKY, H.; WRIGHT, B. C.; BOOKHEIMER, S. Y.; BARRIO, J. R.; PHELPS, M. E.** «Effects of a 14-Day healthy longevity lifestyle program on cognition and brain function». *The American Journal of Geriatric Psychiatry* (2006), n.o 14, p. 538-545.
- SMITH, C.:** *Trabajo Social en moribundos*. Ed. Pax. México 1.998
- SMITS, DEEG Y JONTER** (1997). Cognitive and emotional predictors of disablement in older adults. *Journal of Aging and Health*, 9, 204- 221
- SOBEJANO TORNOS, I.; MORENO IRIBAS, C.; VIÑES RUEDA, J.J.; GRIJALBA UCHE, A.M.; AMÉZQUETA GOÑI, C. y SERRANO MARÍNEZ, M.** *Estudio poblacional de actividad física en tiempo libre*. Gac Sanit 2009; 23:127-132 (Elaborado por Toledo Estefania en el Instituto de Salud Pública de Navarra, 2009)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA.** Demencias. Recomendaciones. semFYC: Barcelona 1999.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL).** Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1993
- SOLANO JJ, GUTIÉRREZ J, GALEANO R.** La hospitalización como fuente de fragilidad en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32 (NMI): 45-52.
- SOLANO, J.J.** Atención del anciano. FOMECO 1994; 2 (3): 169-176.
- SPINOZA, B.** citado por m. Unamuno, *The Tragic Sense of Life*, traducción J. E. flitch, Dover, Nueva York 1954, p. 6; ediciones castellanas: *Del sentimiento trágico de la vida*, Espasa Calpe, Madrid, 1980
- SQUIRE, L. R.** *Memory and brain*. Nueva York: Oxford University Press, 1987.
- STARTING TO EXERCISE».** *Bandolier Extra* (diciembre 2001). Disponible en URL: <<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/Extraforbando/Exercise.pdf>> (con acceso el 22 de junio de 2010).

- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.** (2004). *Vejez, negligencia, abuso y maltrato*. Observatorio de personas mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (Sem FYC).** Atención al anciano. Madrid: Eurobok S.L., 1997.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA.** Demencias. Recomendaciones. *semFYC*: Barcelona 1999.
- SOCRATÉS.** En Dicc. De Filosofía de Ferrater Mora, p. 3330-3334
- SOLANO, J.J.** *Atención del anciano*. FOMECO. 1994; 2 (3): 169-176.
- SOTERAS, N.; MOROS, M. T. Y GÓMEZ, E.M.** (2008). “Eficacia de la Terapia Ocupacional, mañana Versus Tarde, en enfermos de Alzheimer y otras demencias”. *Terapiaocupacional*, núm. 55, pp. 6-12.
- STARTING TO EXERCIS.** *Bandolier Extra* (diciembre 2001). Disponible en URL: <<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/Extraforbando/Exercise.pdf>> (con acceso el 22 de junio de 2010).
- SNOWDON, D.** *678 monjas y un científico*. Barcelona: Planeta, 2002. p. 237-244.
- TABBARAH, M. y SEEMAN, T. E.** «Successful cognitive and physical aging». En Kempler, D. (ed.). *Neurocognitive disorders in aging*. Londres: SAGE, 2005,
- TÁRRAGA, L.L.** Evaluación del deterioro cognitivo y funcional de la demencia. Escalas de mayor interés en Atención Primaria. En: Boada M. Tárraga LJ, editores. Curso: *El médico ante la demencia y su entorno*. Módulo 1. Barcelona: Bayer S. A., 1995; 37-50.
- TÁRRAGA, L. y CEJUDO, J.C.** El perfil del cuidador del enfermo de Alzheimer. En R. Fernández-Ballesteros y J. Díez (coord.): *Libro Blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y Trastornos Afines, vol. I*. Madrid: Caja Madrid Obra Social, 2001.
- TÁRRAGA L.; CEJUDO, J.C.; ANGLÉS, J.; CAÑABATE, P. y BOADA, M.** Análisis de la sobrecarga de cuidadores informales en la demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2000
- TASHAKKORI, A. Y TEDDLIE, C.** (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- TEOFRASTO.** *De Plantis*. En Hª de la Ciencia de Crombie, p. 131
- TITUA, FELIÚ y MEDEDER SUSANA.** “*Tratamiento de la Migraña*”. Col. Migrañas y otras Cefaleas Vasculares. Editorial. MCR. 1990.
- TOLSTOY, L.** *War and Peace*, Modern Library, Nueva York 1931, p. 57; existen varias ediciones castellanas bajo el título: *Guerra y Paz*.
- TOLSTOY, L.** *Anna Karenina*, Modern Library, Nueva York 1950, p. 168; existen varias ediciones castellanas.
- TOMAS DE AQUINO.** *Summa Theologica, parte I, cuestión 32, Artículo I.* dicc.. de Filosofía de Ferrater Mora, pag. 87
- TORIBIO, A. y RAMÍREZ, A.** Cuidemos a los cuidadores. *Rev. Rol de enfermería* 1997; 222: 13-15.

- TORRES, M. P.; BALLESTEROS, E. Y SÁNCHEZ, P. D.** (2008). “Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España”. *Gerokomos*, núm. 19 (1), pp.9-15.
- TROVAR, A.** *Vida de Sócrates*, Madrid, 1947, 2ª ed. 1955
- TULVING, E.** «Episodic and semantic memory». En Tulving, E.; Donaldson, W. (ed.). *Organization and Memory*. Nueva York: Academic Press, 1972, p. 382-404.
- TURNER, R.J. y NOH, S.** (1988). Physical disability and depression: A longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 29. 23-37
- THE AGREE COLLABORATION.** AGREE Instrument Spanish version. . 2004 [consultada julio de 2004]. Disponible en: [http:// www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)
- UNAMUNO, M.** *Del sentimiento trágico de la vida*. Espasa Calpe, Madrid, 1980.
- UMIDI, S.; PINI, M.; FERRETTI, M. ET AL.** Affectivity and sexuality in the elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2007; (Suppl. 1): 413-7.
- US SENATE SPECIAL COMMITTEE ON AGING.** *Developments in Aging: 1997 and 1998, volumen 1, Repot 106-229*. Washington, DC: US Senate Special Committee on Aging, 2000.
- VAQUERO P.** *Genética, Nutrición y Enfermedad*. Madrid, 2008, pp. 15-16.
- VERBRUGGE, L. M. y JETTE, A. M.** (1994). The disablement process. *Social Science and medicine*, 38, 1-14
- VERDEJO, C.** Incontinencia urinaria. En: *Geriatría en Atención Primaria* (2a ed.). URIACH: Barcelona 1997; 329-336.
- VERDEJO BRAVO, C. y CRUZ JENTOF, A.J.** (2007). Patología de la sexualidad. *Geryform (Geriatría y formación)*. Madrid: Editores Médicos, SA., 11-20.
- VERDUGO, M.A., ET AL.** (1998). Personas con Discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Madrid: S.XXI.
- VERHAEGHEN, P.; MARCOEN, A. y GOOSSENS, L.** «Improving memory performance in the aged through mnemonic training: A meta-analytic study». *Psychology and Aging* (1992), nº 7, p. 242-251.
- VILA-MIRAVENT, J., ET AL.** (2012). “El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales”. *Aloma*, núm. 30, pp. 109-117.
- VILLALBA, C.** *Abuelas cuidadoras*. Colección Políticas de Bienestar Social. Valencia: Tiran Lo Balnch, 2002
- VILLASANTE, O.** (2000). “La introducción del concepto de “parálisis general progresiva” en la psiquiatría decimonónica española”. *Asclepio*. Vol. LII, núm. 1.
- VILELLA, E., FIGUERA, L.** (2002). “Base genética de las demencias degenerativas”. *Informaciones Psiquiátricas*, núm. 167.
- VIRTON, P.** *Los dinamismos sociales*. Herder, Barcelona, 1969
- VITALIANO, P.P., ET AL.** (2005). “Psychophysiological mediators of caregiver stress and differential cognitive decline”. *Psychology and Aging*, núm. 20, pp. 402-411.

- WASHINGTON STATE MEDICAL ASSOCIATION:** Elder Abuse: *Guidelines for intervention by Physicians and other Service Providers*. Washington Setate Medical Association, Seattle, 1985.
- WEST, R.** «In defense of the frontal-lobe hypothesis of cognitive aging». *Journal of the International Neuropsychological Society* (2000), n.o 6, p. 727-729.
- WENGER. N.S.; SHEKELLE. P.; DAVIDOFF. J.; MULROWC. C.** *Quality indicators for assessing care of vulnerble elders*. *Ann Intern Med*. 2001; 135:641-6
- WICKREMARATCHI, M. M.; LLEWELYN, J. G.** «Effects of ageing on touch». *Postgraduate Medical Journal* (2006), n.o 82, p. 301-304. URL: <Disponible <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563781/?tool=pmcentrez>> (con acceso el 22 de junio de 2010).
- WILLIS, S.L.; TENNSTEDT, S. L.; MARSISKE, M.; BALL, K.; ELIAS, J.; KOEPKE, K. M.; MORRIS, J. N.; REBOK, G. W.; UNVER- ZAGT, F. W.; STODDARD, A. M.; WRIGHT, E.** For the ACTIVE Study Group. «Long-term effects of cognitive training on every day functional outcomes in older adults». *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* (2006), n.o 296, p. 2805-2814.
- WINBLAD, B.; PALMER, K.; KIVIPELTO, M.; JELIC, V.; FRATIGLIONI, L.; WAHLUND, L.O.; NORDBERG, A.; BÄCK- MAN, L.; ALBERT, M.; ALMKVIST, O.; ARAI, H.; BASUN, H.; BLENNOW, K.; DE LEON, M.; DECARLI, C.; ERKINJUNTTI, T.; GIACOBINI, E.; GRAFF, C.; HARDY, J.; JACK, C.; JORM, A.; RITCHIE, K.; VAN DUIJN, C.; VISSER, P.; PETERSEN, R. C.** «Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment». *Journal of Internal Medicine* (2004), n.o 256, p. 240-246.
- WILSON, R. S.; BECKETT, L. A.; BARNES, L. L.; SCHNEI- DER, J. A.; BACH, J.; DENIS, A. E.; BENNETT, D. A.** «Individual differences in rates of change in cognitive abilities of older persons». *Psychology and Aging* (2002), n.o 17, p. 179-193.
- WILSON, R. S.; BECKETT, L. A.; BARNES, L. L.; SCHNEI- DER, J. A.; BACH, J.; DENIS, A. E.; BENNETT, D. A.** «Individual differences in rates of change in cognitive abilities of older persons». *Psychology and Aging* (2002), n.o 17, p. 179-193.
- WILSON, P.A.; MOORE, S. T.; RUBIN, D.S. Y BARTELS, P. K.** (1990). Informal Caregivers of the chronically ill and their social support: a pilot study. *Journal of Gerontological Social Work*, 90 (2).
- WILSON, R.S.; MENDES DE LEÓN, C. F.; BARNES, L. L.; SCHNEIDER, J. A.; BIENIAS, J. L.; EVANS, D. A.; BENNETT, D. A.** «Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease». *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* (2002), n.o 287, p. 742-748.
- WILSON, K.G. y LUCIANO, M.C.** *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2009.
- WORDEN, W.:** *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós; 1997.

- WORLD POPULATION PROSPECTS:** The 2002 Revision. Disponible en: <http://www.esa.in.org/unpp>
- WHO.** *Quality of life assessment: an annotated bibliography.* Geneva. 1994
- WHO.** *Global Age- Friendly Cities: a Guide.* Francia, 2007
- WHO.** *World Report on Disability.* Malta. 2011a
- WHO.** *European report on preventing elder maltreatment.* Dinamarca. 2011b
- WHO.** *Chronic diseases and health promotion.* [online]. Health topics. [ref. 20 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/chp/en/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.** *World Health Report 2003: Shaping the future.* Ginebra: WHO; 2003
- XUE, Q.L.; FRIED, L.P. et AL.** Initial manifestations of frailty criteria and development of frailty phenotype in the Women's health and Aging Study II. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008; 63A: 984-90.
- YALON IRVIN, D.** *Psicoterapia existencial.* Editorial Herder. Barcelona 1984.
- YALON, I. y ELKINS, G.** *Everyday Gets a Little Closer,* basic Books, Nueva York 1974.
- YANGUAS, J.J. y PÉREZ, M.** (1997). Apoyo informal y demencia. ¿Es posible explorar nuevos caminos?. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 1-24.
- YANGUAS, J.J.; LETURIA, F.J. Y LETURIA, M.** (2001). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Matia Fundazioa*, 1-20.
- YESAVAGE, J.A.** Pharmacotherapy of the aged central nervous system. En: *Clinical neuropharmacology.* KLAUANS, H.L. (ed). Raven Press. 1979.
- YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; LUM, O. ; HUANG, V.; ADFY, M. y LEIRER, V.O.** (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res*; 17 (1): 37-49.
- YURSS, I.** *Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria.* Instrumentos de abordaje familiar. Anales Sistema Sanitario Navarra 2001; 24 (Supl.2):73-82.
- YUSTE, A.** (2004). "Abusos y negligencias en personas mayores, con demencia o trastornos del comportamiento". *Informaciones Psiquiátricas*, núm. 176.
- ZAMBRANO, MARÍA:** *El hombre y lo divino*, Fondo de Cultura Económica, S. A. México, 1955. En España, 2005
- ZAMORA LÓPEZ F.** (2003). *¿Quién teme el envejecimiento?* Sistema; 175-6.
- ZARIT, S. H. Y ZARIT, J. M.** (1983). *The Memory and behaviour problems checklist.* University Park: Pennsylvania State University.
- ZARIT, S.H. ET AL.** (1987). "Interventions with caregivers of dementia patients: Comparison of two approaches". *Psychology and Aging*, nº. 2, pp. 225-232
- ZARIT, S.H.** (1998a). *Dementia: caregivers and stress. Community paper series: paper 8.* Victoria, BC: Centre on Aging, University of Victoria,

- ZARIT, S.H.** (1998b). *The final frontier: perspective on the oldest oldt*. Pennsylvania: College of Health and Human Development, Gerontology Center, Penn State University, University Park, PA.
- ZARIT, S.H.** (2002). Caregiver's Burden. En S. Andrieu y J.P. Aquino: *Family and professional cares: findings lead to action*. Paris. Serdi Edition y Fondation Médéric Alzheimer.
- ZAUDING, ET AL.** Sidam: a structured interview for the diagnosis of dementia of the Alzheimer type, multiinfact dementia and dementias of other aetiology according to ICD-10 and DSM-II-R. *Psychological Medicine* 1991; 21: 225-36.
- ZIMMER, Z.; BRAYLER, R.E. Y SEARLE, M.S.** Whether to go and Whewe to Go: Identification of Important Influences on Seniors'Decisions to Travbel. *Journal of Travel Research*, 33 (3): pp. 3-10. 1995

SÉPTIMA PARTE: ANEXOS

ANEXOS

1. CUESTIONARIOS

- 1.1. Cuestionario de Barthel
- 1.2. Cuestionario de Lawton
- 1.3. Protocolos: Escalas de Barthel y Lawton
- 1.4. Cuestionario de Pfeiffer
- 1.5. Protocolo: Pfeiffer.
- 1.6. Escala de Pfeiffer y Minimental
- 1.7. Instrucciones de Minimental
- 1.8. Escala de Depresión de Yesavage
- 1.9. Escala de Palacios.
- 1.10. Escala de Zarit

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

3. LEY DE LA DEPENDENCIA: Referencia.

4. PIRÁMIDE

1. CUESTIONARIOS

1.1. Cuestionario de Barthel

Índice de Barthel (ABVD)

Alimentación

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en tiempo razonable.
- 5 NECESITA AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc...
- 0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado.

Lavado (baño)

- 5 INDEPENDIENTE. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño.
- 0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda.

Vestirse

- 10 INDEPENDIENTE. Se viste, desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone bragueros.
- 5 NECESITA AYUDA. Realiza al menos la mitad de las labores en un tiempo razonable.
- 0 DEPENDIENTE. Realiza menos de la mitad de las labores o emplea un tiempo desmesurado.

Arreglarse (aseo personal)

- 5 INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales: se lava las manos y cara, etc.
- 0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda.

Deposición

- 10 CONTINENTE/NINGÚN ACCIDENTE. No presenta episodios de incontinencia.
- 5 INCONTINENTE/ACCIDENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales de incontinencia.
- 0 INCONTINENTE.

Micción

- 10 CONTINENTE/NINGÚN ACCIDENTE. No presenta episodios de incontinencia.
- 5 INCONTINENTE/ACCIDENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales de incontinencia.
- 0 INCONTINENTE.

Uso de retrete

- 10 INDEPENDIENTE. Usa el retrete, bacinilla o cuña. Se sienta y levanta. Se limpia y viste.
- 5 NECESITA AYUDA. Para mantener equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
- 0 DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Traslado sillón/cama

- 15 INDEPENDIENTE. No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas, es independiente.
- 10 MINIMA AYUDA. Supervisión verbal y pequeña ayuda física.
- 5 GRAN AYUDA. Capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.

Deambulación

- 15 INDEPENDIENTE. Puede caminar independientemente al menos 50 m., aunque se ayude.
- 10 NECESITA AYUDA. Puede caminar al menos 50 m., pero con supervisión o ayuda.
- 5 INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla al menos 50 m.
- 0 DEPENDIENTE/INMOVIL. Incluye ser rodado por otro.

Escalones

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar escaleras sin ayuda personal o supervisión.
- 5 NECESITA AYUDA. Necesita ayuda física o supervisión.
- 0 DEPENDIENTE/INCAPAZ. Necesita alzamiento (ascensor), o no puede salvar escalones.

Menor de 20: Dependencia total
 Entre 20 y 35: Dependencia severa
 Entre 40 y 55: Dependencia moderada
 Mayor o igual de 60: Dependencia ligera
 100: Autónomo

"Valoración del anciano" en atención primaria. Guía de actuación

1.2. Cuestionario de Lawton

Índice de Lawton (AIVD)

Capacidad para usar el teléfono

- 1 Utiliza el teléfono por iniciativa propia. Busca y marca números.
- 1 Es capaz de marcar números bien conocidos.
- 1 Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar
- 0 No usa el teléfono en absoluto

Ir de compras

- 1 Realiza todas las compras necesarias de manera independiente.
- 0 Realiza independientemente pequeñas compras
- 0 Necesita acompañamiento para realizar cualquier compra
- 0 Es totalmente incapaz de ir de compras

Preparación de la comida (No entrevistar a los hombres)

- 1 Organiza, prepara y sirve las comidas por sí sola adecuadamente
- 0 Es capaz de preparar adecuadamente las comidas, si le proporcionan ingredientes.
- 0 Calienta, sirve y prepara comidas, pero no mantiene una dieta adecuada
- 0 Necesita que le preparen y sirvan la comida

Cuidar la casa (No entrevistar a los hombres)

- 1 Es capaz de cuidar la casa por sí sola o con ayuda ocasional
- 1 Realiza las tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas.
- 1 Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.
- 1 Necesita ayuda en todas las labores de la casa
- 0 No participa en ninguna de las labores de la casa

Lavado de ropa (No entrevistar a los hombres)

- 1 Es capaz de lavar por sí sola toda su ropa
- 1 Lava por sí sola pequeñas prendas, aclara calcetines, etc.
- 0 Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona.

Uso de medios de transporte

- 1 Es capaz de viajar solo en transporte público o conducir su coche
- 1 Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte
- 1 Puede viajar en transporte público cuando va acompañado de otra persona
- 0 Tiene capacidad para utilizar taxi o automóvil, pero con la ayuda de otros.
- 0 No viaja en absoluto

Responsabilidad respecto a su medicación

- 1 Es capaz y responsable de tomar su medicación a la hora y dosis correctas
- 0 Toma responsablemente su medicación, si se le prepara con anticipación
- 0 No es capaz de responsabilizarse de su medicación

Manejo de sus asuntos económicos

- 1 Maneja los asuntos financieros con independencia. Recoge y reconoce sus ingresos.
- 1 Maneja los gastos del día, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos.
- 0 Incapaz de manejar dinero

Mujeres

- Dependencia total (0-1)
- Dependencia severa (2-3)
- Dependencia moderada (4-5)
- Dependencia ligera (6-7)
- Autónomo (8)

Hombres

- Dependencia total (0)
- Dependencia severa (1)
- Dependencia moderada (2-3)
- Dependencia ligera (4)
- Autónomo (5)

"Valoración del anciano" en atención primaria. Guía de actuación

1.3. Protocolos: Escalas de Barthel y Lawton

PROTOCOLO: ESCALAS, BARTHEL Y LAWTON - 03/06/2014

Paciente: **PRUEBA PRUEBA, NUEVE (73 Años)** NHC: **34968**
 Episodio: Profesional: **MONTES SAN PEDRO, Mª TERESA (E)**

BARTHEL

Valoración funcional: Índice de Barthel (Valoración Actividades Básicas de la Vida Diaria = ABVD)

ALIMENTACION	<input type="text"/>	(Independiente = 10; Ayuda = 5; Dependiente = 0)
LAVADO (BAÑO)	<input type="text"/>	(Independiente = 5; Dependiente = 0)
VESTIRSE	<input type="text"/>	(Independiente = 10; Ayuda = 5; Dependiente = 0)
ASEO PERSONAL	<input type="text"/>	(Independiente = 5; Dependiente = 0)
DEPOSICION (Ult. mes)	<input type="text"/>	(Continente/Ningun accidente = 10; Incontinenc Ocasional = 5; Incontinencia = 0)
MICCIÓN (Ult. Semana)	<input type="text"/>	(Continente/Ningun accidente = 10; Incontinenc Ocasional = 5; Incontinente = 0)
USO DEL RETRETE	<input type="text"/>	(Independiente = 10; Ayuda = 5; Dependiente = 0)
TRASLADO SILLA/CAMA	<input type="text"/>	(Independiente = 15; Mínima Ayuda = 10; Gran Ayuda = 5; Dependiente = 0)
DEAMBULACION	<input type="text"/>	(Independiente = 15; Mínima Ayuda = 10; Indep en Silla Rued = 5; Dependiente = 0)
USO DE ESCALERAS	<input type="text"/>	(Independiente = 10; Dependiente = 0; Ayuda = 5)

Autónomo: 100
 Dependencia ligera: Mayor o igual a 60
 Dependencia moderada: Entre 40 y 55
 Dependencia severa: Entre 20 y 35
 Dependencia total: Menor de 20

Puntuación Total
 RESULTADO

Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

PROTOCOLO: ESCALAS, BARTHEL Y LAWTON - 03/06/2014

Paciente: **PRUEBA PRUEBA, NUEVE (73 Años)** NHC: **34968**
 Episodio: Profesional: **MONTES SAN PEDRO, Mª TERESA (E)**

LAWTON

VALORACION FUNCIONAL: Escala de Lawton (Valoración Actividades Instrumentales Vida Diaria = AIVD)

Capacidad para usar el teléfono	<input type="text"/>	1 Marca y/o contesta; 0 No usa el teléfono en absoluto
Ir de compras	<input type="text"/>	1 Realiza todas las compras independientemente; 0 Con cualquier limitación
Preparación comida (Sólo mujeres)	<input type="text"/>	1 Organiza, prepara, sirve la comida; 0 Cualquier tipo de ayuda, dieta inadecuada
Cuidado de la casa (Sólo mujeres)	<input type="text"/>	1 Hace algo en la casa; 0 No participa en ninguna labor casera
Lavado de la ropa (Sólo mujeres)	<input type="text"/>	1 Lava alguna prenda; 0 Todo el lavado lo hace otra persona
Uso de medios de transporte	<input type="text"/>	1 Viaja solo o ayuda en transporte público; 0 Ayuda para taxi, coche o no viaja
Responsabilidad con su medicación	<input type="text"/>	1 Capaz, responsable y autónomo; 0 Hay que preparársela o no la toma
Manejo de sus asuntos económicos	<input type="text"/>	1 Maneja su dinero o ayuda en grandes gastos; 0 Incapaz de manejar dinero

Hombres		Mujeres	
0	Dependencia total	0-1	
1	Dependencia severa	2-3	
2-3	Dependencia moderada	4-5	
4	Dependencia ligera	6-7	
5	Autónomo	8	

Índice de Lawton
 RESULTADO
 Si dependencia moderada o superior ----> Valorar ABVD (Test de Barthel)

Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

1.4. Cuestionario de Pfeiffer

Short Portable mental Status Questionnaire (SPMSQ de PFEIFFER)

- ¿Qué día es hoy (mes/día/año)?.
- ¿Qué día de la semana es hoy?.
- ¿Dónde estamos ahora (lugar o edificio)?.
- ¿Cuál es su número de teléfono o cuál es su dirección? (si no tiene teléfono).
- ¿Cuántos años tiene?.
- ¿En qué día, mes y año nació?.
- ¿Cómo se llama el rey de España?.
- ¿Quién mandaba antes del rey actual?.
- ¿Cómo se llamaba (o se llama) su madre?.
- ¿Si a 20 le restamos 3 quedan? ¿Y si le restamos 3?.

Total de errores

- Normal: 0-2 errores.
- Deterioro cognitivo leve: 3-4 errores.
- Deterioro cognitivo moderado (patológico): 5-7 errores.
- Deterioro cognitivo importante: 8-10 errores.

Permite 1 error adicional si no ha recibido educación primaria.

Permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores.

1.5. Protocolo: Pfeiffer/Minimental

PROTOCOLO: ESCALAS, PFEIFFER / MINIMENTAL - 04/06/2014

Paciente: **MARTIN FAGUNDO, SANTÓS (90 Años)** NHC: **664**
 Episodio: Profesional: **MONTES SAN PEDRO, M^a TERESA (E)** 210406

MINI MENTAL (FOLSTEIN) ☐ SI ☐ No ----> Mini Mental Test (Folstein) --> PUNTUA 1 POR ACIERTO

Existen indicios de deterioro cognitivo (si no sabe edad ó fecha de nacimiento ó fecha actual) ☐ SI ☐ No

ORIENTACION: Dígame

Día semana	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Lugar	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Fecha	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Planta	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Mes	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Ciudad	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Estación	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Provincia	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Año	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	País	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No

Puntos Puntos

FIJACION: Repita estas tres palabras - peseta - caballo - manzana Puntos

CONCENTRACION Y CALCULO: Resta de 7 (100 - 7) 93, 86, 79, 72, 65 Puntos

MEMORIA: ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? Puntos

LENGUAJE Y CONSTRUCCION:

Mostrar un bolígrafo ¿qué es esto? Repetirlo con el reloj

Repetir: "en un trigal había cinco perros"

Coja este papel con la mano derecha

doblelo por la mitad con las dos manos y pongalo encima de la mesa

CIERRE LOS OJOS + DIBUJO

Lea esto y haga lo que dice: "CIERRE LOS OJOS" Copie este dibujo

Escriba una frase

Punto de corte aproximado para demencia: 24

(Ver tabla: Puntuaciones esperadas en el test Mini Mental teniendo en cuenta la edad y la escolaridad según los datos del estudio Pamplona)

TOTAL PUNTOS

1.6. Escala de Pfeiffer y Minimental

PROTOCOLO: ESCALAS, PFEIFFER / MINIMENTAL - 04/06/2014

Paciente: **MARTIN FAGUNDO, SANTOS (90 Años)** NHC: **664**
 Episodio: Profesional: **MONTES SAN PEDRO, M^a TERESA (E)**

PFEIFFER

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ de PFEIFFER)

-----> Puntuación: Puntúa 1 punto por error

Permite 1 error adicional si no ha recibido educación primaria
 Permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores

¿Qué día es hoy (mes/día/año)? 1

¿Qué día de la semana es hoy? 1

¿Dónde estamos ahora? 1

¿Cuál es su número de teléfono? si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección? 1

¿Cuántos años tiene? 1

¿En qué día, mes y año nació? 1

¿Cómo se llama el rey de España? 0

¿Quién mandaba antes del rey actual? 1

¿Cómo se llamaba (o se llama) su madre? 1

¿Si a 20 le restamos 3 quedan? ¿Y si le restamos 3? 0

PUNTOS (errores) 8

☐ Normal
☐ Deterioro cognitivo leve
☐ Deterioro cognitivo moderado (patológico)
☐ Deterioro cognitivo importante

Osasunbidea - Servicio Navarro de Salud

PROTOCOLO: ESCALAS, PFEIFFER / MINIMENTAL - 04/06/2014

Paciente: **MARTIN FAGUNDO, SANTOS (90 Años)** NHC: **664**
 Episodio: Profesional: **MONTES SAN PEDRO, M^a TERESA (E)**

Interpretación

MINI MENTAL ALTERADO:

Aquel cuya puntuación está claramente por debajo de lo que corresponde a esa persona en relación a su edad y escolaridad

MINI MENTAL NORMAL:

Aquel cuya puntuación coincide o está por encima de lo que corresponde a esa persona en relación a su edad y escolaridad

MINI MENTAL DUDOSO:

Aquel cuya puntuación está ligeramente por debajo (1 ó 2 puntos) de lo que aun teniendo una puntuación en rango normal, alguna de las dimensiones estudiadas (orientación, memoria, lenguaje, cálculo...) corresponden a esa persona en relación a su edad y escolaridad o, están claramente por debajo de las demás

Osasunbidea - Servicio Navarro de Salud

1.7. Instrucciones de Minimental

Instrucciones prácticas para el uso del MMSE

Instrucciones generales:

- ▶ Tener todo dispuesto para evitar distracciones.
- ▶ El paciente debe traer consigo las gafas que utiliza y su audífono debe encontrarse en perfecto estado.
- ▶ Invitar al paciente a colaborar con frases de ánimo "Si no le importa, le haré unas preguntas ..."
- ▶ Indicar al acompañante que debe mantenerse en silencio.
- ▶ No corregirle nunca, aunque se equivoque. Contenernos ante respuestas inadecuadas.
- ▶ Facilitarle las respuestas en caso de que el fallo le esté impidiendo concentrarse en la siguiente pregunta.

ORIENTACIÓN:

- ▶ Un punto por respuesta correcta. No se admite la Comunidad Autónoma (País Vasco) como respuesta a provincia (Alava).
- ▶ Servirá como respuesta a Lugar donde nos encontramos el nombre antiguo del recinto.

FIJACIÓN:

- ▶ Repetir claramente cada palabra en un segundo.
- ▶ Indicarle que debe aprenderlas y repetirlas porque posteriormente se las vamos a preguntar.
- ▶ Puntuar cada palabra bien repetida.
- ▶ Repetir hasta seis veces para conseguir que las aprenda correctamente. Después de cada repetición recordarle que debe aprenderlas porque se las volveremos a preguntar.

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO:

- ▶ Restar de 7 en 7 partiendo de 100. Cinco intentos de sustracción.
- ▶ Puntuar cada sustracción correcta. Animarle y recordarle la cantidad que se debe restar.

MEMORIA:

- ▶ Debe transcurrir al menos 2-3 minutos desde que fueron repetidas.
- ▶ Un punto por cada respuesta. No importa que las recuerde desordenadas.

LENGUAJE:

- ▶ Se debe leer la frase despacio y correctamente articulada. Para valorarla con 1 punto, el sujeto debe repetir la frase a la primera y correctamente articulada. Un fallo en una letra es 0 puntos en el ítem.
- ▶ Leer despacio y con buena articulación la frase contenida en el test.
- ▶ Dar tiempo al paciente para que lea correctamente la orden escrita. Sí el paciente es ciego o analfabeto leeremos la orden con claridad.
- ▶ Animar al paciente a escribir una frase. La frase escrita debe tener sujeto y predicado.

PRAXIAS:

- ▶ Los pentágonos copiados se puntúan correctamente si presentan los cinco ángulos y su intersección.
- ▶ Es una tarea que no les gusta realizar y debemos animarle

1.8. Escala de Depresión de Yesavage

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión reducida) (GDS)

	Si	No
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Tiene miedo que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13. ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que los otros están mejor que Vd.?	1	0

- Normal 0-5
- Depresión leve 6-9
- Depresión establecida >9

PROTOCOLO: ESCALA, YESAVAGE - 21/05/2014

Paciente: **PRUEBA PRUEBA, DIECISEIS (67 Años)**
 Episodio:

NHC: **34975**
 Profesional: **MONTES SAN PEDRO, M^a TERESA (E)**

ESCALA YESAVAGE

210406

Valoración mental ----> Función afectiva

(ha perdido interés por las actividades habituales/ se siente triste o deprimido

con frecuencia)

☐ SI ☐ No

----> (Yesavage, Escala de Depresión Geriátrica)

SI NO (anotar 1 en la respuesta indicada)

¿Está satisfecho/a con su vida?

☐ SI ☐ NO

¿Ha abandonado muchas de sus actividades o intereses?

☐ SI ☐ NO

¿Nota que su vida está vacía?

☐ SI ☐ NO

¿Se encuentra a menudo aburrido?

☐ SI ☐ NO

¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?

☐ SI ☐ NO

¿Tiene miedo de que le pase algo malo?

☐ SI ☐ NO

¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?

☐ SI ☐ NO

¿Se siente a menudo abandonado/a?

☐ SI ☐ NO

¿Prefiero quedarme en casa en lugar de salir y ver cosas?

☐ SI ☐ NO

¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?

☐ SI ☐ NO

¿Cree que vivir es maravilloso?

☐ SI ☐ NO

¿Le es difícil poner en marcha nuevos proyectos?

☐ SI ☐ NO

¿Se encuentra lleno de energía?

☐ SI ☐ NO

¿Su situación es desesperada?

☐ SI ☐ NO

¿Cree que los demás están mejor que usted?

☐ SI ☐ NO

Puntuación total

RESULTADOS

1.9. Escala de Palacios

Escala de valoración sociofamiliar (Escala de Palacios)

A. Situación familiar

1. Vive con familia, sin conflicto familiar.
2. Vive con familia y presenta algún tipo de dependencia
3. Vive con cónyuge de similar edad
4. Vive solo y carece de hijos y familiares directos.
5. Vive solo y carece de relaciones familiares y vecinales.

B. Situación económica

1. Dos veces el salario mínimo.
2. 1.5 veces el salario mínimo.
3. Pensión mínima contributiva (44.000)
4. L.I.S.M.I (24.000). F.A.S (24.000). No contributiva (30.000).
5. Sin pensión ni otros ingresos.

C. Vivienda

1. Adecuada a necesidades.
2. Barreras arquitectónicas en la vivienda (peldaños, puertas estrechas, baños...)
3. Ausencia de calefacción, ascensor, teléfono.
4. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).
5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamiento mínimos).

D. Relaciones sociales

1. Relaciones sociales.
2. Relación social sólo con familia y vecinos.
3. Relación social sólo con familia.
4. No sale del domicilio, recibe familia.
5. No sale y no recibe visitas.

E. Apoyos de la red social

1. No necesita apoyo.
2. Con apoyo vecinal.
3. Voluntariado social.
4. Ayuda domiciliaria.
5. Necesita cuidados permanentes (Residencia tercera edad, Cruz Roja, Centro de día...)

Observaciones:

Puntuación:

De 5 a 9: Buena /aceptable situación social

De 10 a 14: Existe riesgo social

Más de 15: Existe riesgo de problema social

Puntuación total:

Diagnóstico social:

1.10. Escala de Zarit

Escala de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit)

Instrucciones

A continuación se presenta una lista de frases que reflejan como se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, FRECUENTEMENTE Y CASI SIEMPRE. No existen respuestas correctas o incorrectas.

CON QUÉ FRECUENCIA (rodee con un círculo la opción elegida)

1. ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5
2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar y paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5
3. ¿Se siente estresado al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej. con su familia o en el trabajo)

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5
4. ¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar/paciente?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5
5. ¿Se siente irritado cuando está cerca de su familiar/paciente?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5
8. ¿Siente que su familiar y paciente depende de usted?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5
9. ¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

"Valoración del anciano" en atención primaria. Guía de actuación

11. Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?					
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	A VECES 3	FRECUENTEMENTE 4	CASI SIEMPRE 5	
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	A VECES 3	FRECUENTEMENTE 4	CASI SIEMPRE 5	
13. (SOLAMENTE Si EL ENTREVISTADO VIVE CON EL PACIENTE) ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa a causa de su familiar/paciente?					
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	A VECES 3	FRECUENTEMENTE 4	CASI SIEMPRE 5	
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?					
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	A VECES 3	FRECUENTEMENTE 4	CASI SIEMPRE 5	
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?					
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	A VECES 3	FRECUENTEMENTE 4	CASI SIEMPRE 5	
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?					
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	A VECES 3	FRECUENTEMENTE 4	CASI SIEMPRE 5	
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?					
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	A VECES 3	FRECUENTEMENTE 4	CASI SIEMPRE 5	
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?					
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	A VECES 3	FRECUENTEMENTE 4	CASI SIEMPRE 5	
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?					
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	A VECES 3	FRECUENTEMENTE 4	CASI SIEMPRE 5	
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?					
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	A VECES 3	FRECUENTEMENTE 4	CASI SIEMPRE 5	
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?					
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	A VECES 3	FRECUENTEMENTE 4	CASI SIEMPRE 5	
22. En general, ¿Se siente muy sobrecargado al tener que cuidar de su familiar/paciente?					
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	A VECES 3	FRECUENTEMENTE 4	CASI SIEMPRE 5	

Utilización de la escala de Zarit. Notas para el profesional

Es importante delimitar el concepto de "sobrecarga" que hace referencia a la vivencia subjetiva de los cuidadores. Supone un factor mediador entre el deterioro del paciente y el impacto de los cuidados. La sobrecarga es interpretada como el reflejo del impacto subjetivo de la relación de cuidados sobre las vidas de los cuidadores.

La escala de sobrecarga de Zarit, especialmente indicada para cuidadores de pacientes aquejados de síndromes demenciales, validada en nuestro medio, permite medir la vivencia subjetiva de sobrecarga. Los puntos de corte para interpretar los resultados son los siguientes:

- No sobrecarga** hasta 45 puntos.
- Sobrecarga leve** de 46 a 54 puntos.
- Sobrecarga intensa** a partir de 55 puntos.

Consideramos que la escala de Zarit debe pasarse en consulta con una explicación previa de su utilidad.

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado: Nombre y apellidos, firma, teléfono, tipo de entrevista y fecha. Las personas que han participado voluntariamente y han firmado el consentimiento son las que verificamos su identidad en la investigación que llevamos a adelante y se puede verificar en cualquier momento los datos.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**LA TERCERA EDAD AVANZADA: AUTONOMÍA y DEPENDENCIA:
UNA CONCEPCIÓN BIO-PSICO-SOCIAL.
ESTRATEGIAS SOCIO-SANITARIAS PARA UNA INTERVENCIÓN**

Yo....., mayor de edad, con DNI:

Declaro que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 1. Cuando quiera
 2. Sin tener que dar explicaciones.
 3. Sin que esto suponga perjuicios de ningún tipo.
- Comprendo que tengo derecho a conocer los resultados y que podré acceder a ellos.
- Participo libremente en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Y para que así conste firmo el presente documento en..... a

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre: María Teresa Montes Sampedro

DNI:

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación del presente formulario serán incluidos, para su tratamiento, en un fichero automatizado, responsabilidad del grupo de Investigación BIOFIM de la Universidad Pública de Navarra, cuya finalidad es la del registro del consentimiento de participantes. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del tratamiento dirigiendo una comunicación escrita, o por correo electrónico:

Responsable del Proyecto de Investigación: Dr. Antonio Gorri Goñi

Dirección: Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pública de Navarra. Campus de Arrosadia s/n, 31006 Pamplona.

OTRO MODELO

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO:

Título del estudio:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**LA TERCERA EDAD AVANZADA: AUTONOMÍA y DEPENDENCIA:
UNA CONCEPCIÓN BIO-PSICO-SOCIAL.
ESTRATEGIAS SOCIO-SANITARIAS PARA UNA INTERVENCIÓN**

Participantes:

He leído la hoja de información sobre el estudio.

He podido realizar preguntas que he creído necesarias sobre el estudio.

He recibido la suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria, pudiendo retirarme del estudio:

Cuando quiera

- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que ello provoque un perjuicio hacia mi persona.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En Pamplona a...

Firma del participante

Firma de la Investigadora

Revocación del consentimiento

Participante:

Expreso por escrito la revocación del consentimiento firmado

Fecha y Firma

Consentimiento Informado

Copia para el participante

1.- Información sobre el estudio para los participantes

Objetivo: El objetivo de esta investigación es recoger datos de las personas mayores de 70 y más años de la Comunidad foral de Navarra, relación a la dependencia, al deterioro cognitivo y a las nuevas estrategias que seguiremos a nivel socio-sanitario.

Metodología empleada:

1.- Entrevista personal para ver cómo perciben las personas mayores de 70 y más años.

2.- Recogida de datos de su historia clínica presente en el centro donde residen.

Incomodidades y riesgos derivados del estudio No existe ningún tipo de riesgo para los participantes. La recogida de datos se realizará en una/as visitas. Dependiendo de las personas serán de 10-20 minutos

Participación: Es de carácter totalmente voluntario, una vez que han firmado el consentimiento. Siempre existe la responsabilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, sin perjuicio para el participante.

Protección de datos: Sólo podrá acceder a la historia clínica la investigadora de la presente investigación. Los resultados finales publicados serán anónimos. La confidencialidad de todos los datos serán garantizados según la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

3. LEY DE LA DEPENDENCIA: REFERENCIAS

Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley de Dependencia) La Ley de Dependencia entró en vigor el 1 de enero de 2007, tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia.

Requisitos básicos para ser beneficiario de la Ley de Dependencia Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos por la ley. Tener nacionalidad española. Residir en territorio español al menos durante 5 años, de los cuales 2 serán inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Estar empadronado en la comunidad autónoma donde se solicita. Aquellas personas que reuniendo los requisitos anteriores carezcan de nacionalidad española podrán solicitarlo por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España.

Documentación a aportar para tramitar la Ley de Dependencia

1. Informe de salud emitido por un médico colegiado de ámbito público o privado en el modelo normalizado.
2. Fotocopia del DNI/NIE/pasaporte en vigor del solicitante.
3. Certificado de empadronamiento que justifique el domicilio actual, así como 5 años de permanencia en España, de los cuales los 2 últimos sean inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud.
4. Los residentes que carezcan de la nacionalidad española deberán presentar certificado de residencia legal en España por los mismos periodos.

Si el solicitante es pensionista de gran invalidez o tiene reconocido algún grado de discapacidad, deberá presentar fotocopia de los documentos que lo acrediten. Si se solicita mediante representante legal o guardador de hecho, deberá presentar: Fotocopia del DNI/NIE/pasaporte de este. Si se trata de representante legal, sentencia judicial con nombramiento de representante legal. Si ha iniciado trámite de incapacitación, justificante del inicio del proceso. Declaración del guardador de hecho.

Grados de dependencia que reconoce la ley

Grado I, dependencia moderada: necesita ayuda para realizar alguna actividad básica de la vida diaria, al menos una vez al día, o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II, dependencia severa: necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador, o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III, gran dependiente: necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Catálogo de la Ley de Dependencia La Ley de Dependencia contempla como catálogo los servicios y prestaciones económicas a los que puede acceder cualquier persona mayor dependiente.

TIPOS DE SERVICIOS *Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.* La finalidad es prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas mediante el desarrollo coordinado entre servicios sociales y de salud. Se concreta en actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación.

Curso on-line para cuidadores de personas mayores dependientes. Los servicios se podrán prestar en los diferentes dispositivos que configuran la actual red de servicios sociales de cada Comunidad Autónoma.

Algunos de estos servicios son: Servicio de habilitación y terapia ocupacional. Servicio de atención temprana. Servicio de estimulación cognitiva. Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional. Servicio de habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual. Servicio de apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales (viviendas tuteladas). *Servicio de teleasistencia. Servicio de Ayuda a Domicilio. Servicio de atención diurna y nocturna. Servicio de atención residencial.*

TIPOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

Prestación económica vinculada al servicio Tiene carácter periódico y se reconoce cuando no es posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario. Tiene carácter personal y tiene que estar vinculada a la adquisición de un servicio. Las Administraciones Públicas supervisan el destino y utilización, asegurándose el cumplimiento y finalidad para los que fueron concedidas.

Prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales Se concederá excepcionalmente cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda, y así lo establezca su Programa Individual de Atención (PIA). La cuantía económica se establece en función del grado de dependencia reconocido y de su capacidad económica.

Prestación de asistencia personal. Tiene como finalidad la promoción de la autonomía de personas con gran dependencia, con el fin de facilitar el acceso a la educación y al trabajo en relación a su edad.

Consejos generales: No existe límite de edad para la solicitud de dependencia. Aunque se pueda tramitar la Ley de Dependencia en los registros oficiales, siempre es recomendable acudir a los servicios sociales. El informe médico preceptivo para realizar la solicitud de dependencia debe realizarse siempre en un modelo normalizado. Los informes médicos de alta hospitalaria o especialidades podrán adjuntarse al modelo normalizado. El impreso para la solicitud de la Ley de Dependencia podrá obtenerse a través de las páginas Web de dependencia o servicios sociales comunitarios.

Para consultar en qué fase se encuentra el expediente de solicitud de dependencia podrá hacerlo a través de los servicios sociales o en las oficinas habilitadas para la Atención al Ciudadano de cada comunidad autónoma o a través de los teléfonos destinados a tal fin.

El PIA es el Programa Individual de Atención, que supone la resolución final del procedimiento por el que se determina el servicio o prestación económica más adecuado para recibir los cuidados que precisa la persona mayor dependiente en función del grado de dependencia reconocido.



Gobierno de Navarra
Departamento de Asuntos Sociales,
Familia, Juventud y Deporte

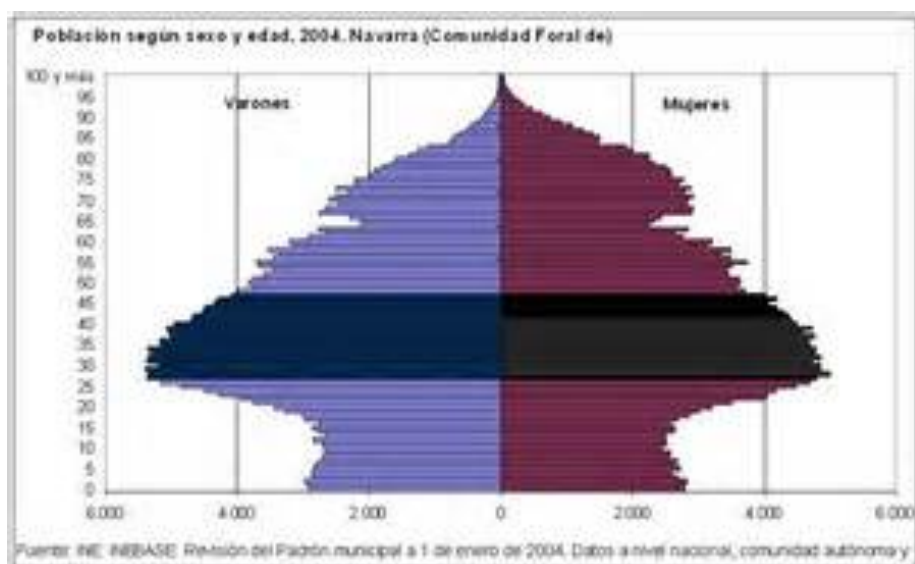
**Dirección General
de Asuntos Sociales
y Cooperación al Desarrollo**
González Tablas, 7
31005 PAMPLONA
Tlfno. 902 16 51 70
Fax 948 24 01 08

Ayudas económicas Dependencia 2009

Acumulado 31/12/2009

	Tipo de prestación	Grado	Nivel	Media ayuda	Importe pagado	Personas beneficiarias	Pagos activos
AYUDAS DOMICILIO	Entorno Familiar	3	2	503,24	5.226.256,31	1.030	734
			1	503,04	5.495.355,00	1.039	746
		2	2	424,74	5.653.816,21	1.176	941
			1	421,75	9.906.996,64	2.026	1.656
			Subtotal	454,36	26.282.424,16	5.271	4.077
	Con Contrato	3	2	689,82	1.428.503,34	218	158
			1	691,13	1.135.823,05	171	134
		2	2	583,77	829.038,59	142	107
			1	562,92	1.157.850,01	206	171
			Subtotal	634,22	4.551.214,99	737	570
	Ayudas Antiguas	3	2	526,47	83.843,16	14	12
			1	512,06	53.039,36	12	4
		2	2	487,98	36.616,61	8	5
			1	384,07	55.205,64	12	11
			Otros	369,51	2.329.827,74	599	472
			Subtotal	365,89	2.558.532,51	645	504
			TOTAL	465,71	33.392.171,66	6.653	5.151
MINIMOS		3	2	260,40	1.010.879,95	472	181
			1	178,93	712.659,51	462	198
		2	2	106,17	309.747,18	350	187
			1	102,00	714,00	1	0
			TOTAL	188,98	2.034.000,64	1.285	566
ASISTENTE PERSONAL		3	2	707,75	10.083,80	1	1
			1	0,00	0,00	0	0
			TOTAL	707,75	10.083,80	1	1
ATENCIÓN RESIDENCIAL GARANTIZADA (PRESTACIONES VINCULADAS A SERVICIO)	Mayores	3	2	857,99	2.589.112,67	271	90
			1	803,58	3.030.081,33	329	135
		2	2	849,58	1.796.098,58	194	71
			1	755,54	900.905,04	126	97
			Otros	670,81	588.337,73	86	69
			Subtotal	578,61	8.904.535,35	1.006	462
	Personas con discapacidad	3	2	1.411,43	53.428,54	5	4
			1	2.488,63	58.603,97	6	5
		2	2	2.078,77	6.364,57	4	0
			1	1.996,40	149.474,01	12	6
			Otros	3.077,52	151.674,02	6	6
			Subtotal	1.989,96	419.545,11	33	21
	Enfermedad mental	3	2	0,00	0,00	0	0
			1	2.765,33	10.134,41	1	1
		2	2	0,00	0,00	0	0
			1	2.559,15	2.559,15	1	0
			Otros	1.872,32	88.546,12	12	12
			Subtotal	1.985,16	101.239,68	14	13
			TOTAL	641,54	9.425.320,14	1.053	496
ATENCIÓN DIURNA GARANTIZADA (PRESTACIONES VINCULADAS A SERVICIO)	Mayores	3	2	519,02	24.275,71	7	3
			1	502,55	127.081,11	23	13
		2	2	488,66	104.224,74	20	13
			1	499,95	90.513,74	24	21
			TOTAL	499,51	346.095,30	74	50
TOTALES					45.207.671,54	9.066	6.264

4. PIRÁMIDES



PAMPLONA A 30 DE MAYO DE 2017

MARÍA TERESA MONTES SAMPEDRO